

۱۰۲۸/۲۰۲۶۷

۱۴۰۵/۰۴/۱۰

ندارد

شماره
تاریخ
بیمه
کد



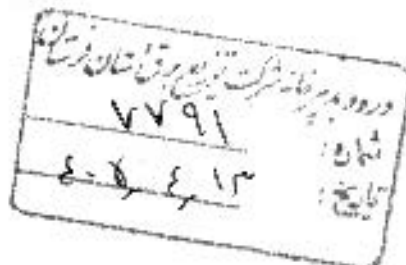
مدیر عامل محترم شرکت توزیع نیروی برق لرستان
جناب آقای مهندس جمشیدی

با سلام و احترام

عطف به صورتجلسه مورخ ۱۴۰۵/۰۴/۰۹ شورای درمان صنعت آب و برق لرستان مبنی بر انتخاب شرکت بیمه سینا بعنوان بیمه گر قرارداد درمان سال ۱۴۰۵، به پیوست دو نسخه از قرارداد و الحاقیه مربوطه جهت بررسی و اقدام لازم بحضور ارسال می گردد. پیشاپیش از حسن همکاری شما سپاسگزاریم.


حمیدرضا زیاei
رئیس شعبه خرم آباد


بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸



به منظور اجرای بیمه های درمان و پوشش هزینه های درمانی ناشی از مسئولیت حرقه ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، بین شرکت توزیع نیروی برق لرستان به نمایندگی آقای شیرزاد جمشیدی به کد ملی ۴۱۸۹۲۳۰۳۳۲ به سمت مدیر عامل از یک طرف بعنوان بیمه گذار و شرکت بیمه سینا (سهامی عام) به نمایندگی آقای حمیدرضا معتمدی به کد ملی ۴۸۵۹۸۶۹۵۹۱ به سمت مدیر شعبه خرم آباد از طرف دیگر بعنوان بیمه گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آیین نامه های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و اخذ موافقت نامه شماره ۱۴۰۵/۶۰۱/۵۶۱۸۴ مورخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۸ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با استناد به ماده ۲۶ از آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه و مواد ۱۱ و ۱۴ و تبصره های ذیل آن از آیین نامه شماره ۹۴-۲ شورای عالی بیمه، با شرایط ذیل و بدون دخالت کارگزار یا نماینده بیمه (صدور و معرف بصورت مستقیم) متعهد می گردد (کارکنان بازنشسته می توانند یک یا هر دو بخش قرارداد را انتخاب نمایند). این بیمه نامه در چهار بخش به همراه چهار ضمیمه تنظیم شده است که ضمیمه (۱) مبین مدارک لازم جهت ارائه به بیمه گر به منظور دریافت خسارات مرتبط است و بیمه گر متعهد به پرداخت خسارات صرفاً براساس مدارک لیست شده در ضمیمه (۱) می باشد.

شماره قرارداد:

درمان شاغلین: ۱۴۰۵/۱۳۱/۱۰۲۸/۱۰۲۸/۴

تاریخ صدور: ۱۴۰۵/۰۴/۱۰

عمر و حادثه بازنشستگان: ۱۴۰۵/۱۱۲/۱۰۲۸/۱۰۲۸/۲

تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان:

تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۱۴۰۶/۰۴/۰۱

شناسه ملی بیمه گذار: ۱۰۱۰۳۳۵۶۱۷

شناسه ملی بیمه گر: ۱۰۱۰۲۵۲۹۰۰۶

کد اقتصادی بیمه گذار: ۴۱۱۱۶۳۴۹۳۶۶۴

کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۱۳۳۴۱۶۴۴۶۵

شماره ثبت بیمه گذار: ۱۰۹۹۶

شماره ثبت بیمه گر: ۲۱۱۴۳۹

بیمه سینا

موضوع قرارداد: پوشش درمان پایه و تکمیلی شاغلین و درمان تکمیلی، عمر و حادثه بازنشستگان

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

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع بیمه درمان:

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

ماده ۲ - بیمه‌گر: شرکت به نشانی: خرم آباد- میدان امام خمینی- خیابان شهیدی کاکاوند شرقی- پلاک ۷۱ کد پستی: ۶۸۱۳۹۳۶۴۵۵

ماده ۳ - بیمه‌گذار: به نشانی: خرم آباد- کوی گلستان- بلوار حج کد پستی: ۶۸۱۷۷۸۳۴۱۵

ماده ۴ - بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاعل (رسمی، قراردادی دائم و مدت معین، بیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرارداد کار موقت (کارمجمری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه‌گر پایه شرکت بیمه‌گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌گیران، وظیفه‌گیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان به تفکیک ذیل.

تبصره ۱: بیمه‌گذاران موظف به اعلام اسامی بیمه شدگان (شامل بیمه شده اصلی، همسر و فرزندان) برطبق حکم کارگزینی و یا قرارداد کارکنان به بیمه‌گر می‌باشند.

تبصره ۲: در بخش اول این قرارداد، در همه مواردی که عنوان بازنشسته ذکر شده است منظور بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌گیران، وظیفه‌گیران به همراه افراد تحت پوشش آنان می‌باشد و پوشش بیمه‌ای این افراد بدون در نظر گرفتن شرایط آنان در بیمه پایه، همانند بیمه شده اصلی (به فرم تکمیلی) و حق بیمه یکسان با بیمه شده اصلی است.

۱-۴- فرزندان پسر تحت تکفل حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک متبینه مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر (مدت اعتبار معافیت تحصیلی بعد از فارغ التحصیلی بر اساس ماده ۳۳ قانون خدمت وظیفه عمومی به معنی استمرار اشتغال به تحصیل خواهد بود) در یکی از دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند یا ارائه گواهی معسر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

تبصره ۱: در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل، فرزندان پسر مجرد بعد از محدوده سنی موضوع بند ۱-۴ و نیز فرزندان پسر متأهل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و بطور پیوسته در طی دوره‌های قبل از این پوشش بیمه‌ای استفاده می‌کرده‌اند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می‌توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه‌ای، طبق مفاد قرارداد دارای پوشش می‌باشند.

تبصره ۳: شروط زمانی در تمام موارد بند ۱-۴ با حذف دوره سربازی و بدون احساب آن می‌باشند.



بیمه سینا

تبصره ۴: فرزندان ذکور در حال انجام خدمت سربازی همانند تحت تکفل تحت پوشش خواهند بود.

۴-۲: فرزندان دختر به شرط عدم ازدواج، عدم انتقال به کار محلی و محلی محسوب می‌شوند. در صورت اشتغال به کار و عدم ازدواج می‌توانند بصورت غیر تحت تکفل پوشش داشته باشند.

۴-۳: فرزندان بیمه‌شده اصلی اناث با رعایت شرایط سنی و تحصیلی بند ۴-۱ و رعایت تبصره‌های ذیل آن و بند ۴-۲ همانند بیمه شده اصلی ذکور دارای پوشش خواهند بود.

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

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

۴-۵: پوشش نوزادان تحت تکفل بیمه‌شده اصلی و همچنین موضوع تبصره بند ۴-۴ از بدو تولد اجباری بوده و بیمه‌گذار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۵-۱ اقدام نماید. لازم بذکر است کسبه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت‌های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می‌توانند از پوشش درمانی بیمه‌شده (مادر) استفاده نمایند.

۴-۶: هر یک از والدین غیرتحت تکفل صرفاً کارکنان شاغل و نیز همسر غیرتحت تکفل کارکنان شاغل و بازنشسته اناث، با توجه به شرایط پیش‌بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه‌گر معرفی شده باشند.

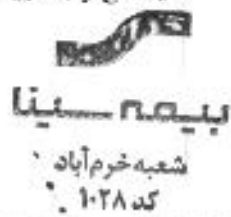
تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه‌شده اصلی و همسر کارکنان شاغل اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می‌شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی برای بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه سلامت مانند سوابق داشتن پوشش بیمه درمانی یعنی ۱ از طرف بیمه‌شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی منتهی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه‌شده اصلی و در مورد بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی و با درنظر گرفتن به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل که سابقه بیمه‌ای در قرارداد دوره قبل نداشته باشند، بیمه‌گر می‌تواند در ابتدای قرارداد تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه شماره ۲) قرارداد را مطالبه نماید.

۴-۷: فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه‌شده اصلی که قانوناً تحت تکفل یا حضانت یا سرپرستی آنها می‌باشند با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.

۴-۸: افرادی که قانوناً تحت تکفل یا حضانت یا سرپرستی بیمه‌شده اصلی می‌باشند با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار، از زمان تحت تکفل قرار گرفتن فرد، تحت پوشش خواهند بود.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده



۵-۱- بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه‌شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کار افتاده)، وظیفه‌گیر، مستمری‌گیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه‌شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز، ماه، سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه‌شدگان اصلی و کد ملی و شماره شباهت و یا شماره حساب به همراه نام بانک و تلفن همراه بیمه‌شده اصلی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه‌گر ارسال نماید. ضمناً بیمه‌گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز (افزایش یا کاهش) در تعداد بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر به روال فوق‌الذکر اعلام نماید.

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

لیست دوم: افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی اناث شامل همسر و فرزندان.

لیست سوم: والدین تحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست چهارم: والدین غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان شاغل اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی به همراه همسر.

لیست ششم: بازنشستگان، به همراه افراد تحت پوشش.

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه‌گذار از تاریخ انتقال.

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

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

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

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، بازنشسته، انتقال، انفصال از خدمت، اخراج، تعلیق، مأمور، مرخصی طولانی مدت (استعلاجی و یا بدون حقوق) که بیمه‌شده در طول مدت مرخصی تمایلی به ادامه پوشش ندارد و یا هرگونه قطع همکاری (دائم یا موقت) بیمه‌شده که با ارائه مستندات مربوطه (از جمله تصویر شناسنامه،



تسویه حساب، احکام کارگزینی) انجام می‌شود میسر خواهد بود. لذا لازم است مستندات آن از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از تاریخ موثر برای بیمه‌گر به صورت تاریخ ثبت موضوع در دبیرخانه بیمه‌گر ملاک عمل خواهد بود. بدیهی است بیمه‌شده از تاریخ قطع همکاری محق به استفاده از خدمات بیمه نمی‌باشد، ولی چنانچه بیمه‌شده ظرف این مدت از خدمات بیمه استفاده نماید، آخرین تاریخ اخذ خدمات ملاک محاسبه بیمه‌گر برای مطالبه حق بیمه می‌باشد.

در مورد کاهش بیمه‌شدگان، تاریخ مؤثر، ماه قطع همکاری (دائم یا موقت) بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار بوده و بیمه‌گذار موظف است حداکثر یک هفته قبل از تاریخ قطع همکاری موضوع را کتباً به اطلاع بیمه‌گر با ثبت در دبیرخانه بیمه‌گر برساند. بدیهی است در صورت عدم قطع همکاری در تاریخ اعلام شده، پوشش مجدداً با اعلام کتبی بیمه‌گذار از تاریخ شروع پوشش اولیه بطور مستمر برقرار خواهد شد. کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد بصورت فوت یا خروج از کفالت، با ارائه مستندات مربوطه از سوی بیمه‌گذار به بیمه‌گر، انجام خواهد شد. بدیهی است در این شرایط بیمه‌شده محق به استفاده از خدمات بیمه نمی‌باشد، ولی چنانچه بیمه‌شده ظرف این مدت از خدمات بیمه استفاده نماید، آخرین تاریخ اخذ خدمات ملاک محاسبه بیمه‌گر برای مطالبه حق بیمه می‌باشد.

شروع پوشش بیمه‌ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ شروع به کار بیمه‌شده اصلی در شرکت (بیمه‌گذار) با رعایت ضرب‌الأجل بند ۱-۵ خواهد بود.

۲-۵- در مورد افزایش یا کاهش بیمه‌شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه‌گذار مکلف به حذف بیمه‌شدگان از قرارداد از ابتدای ماه بعد می‌باشد. بدیهی است در صورت حذف بیمه‌شدگان، حق بیمه صرفاً تا زمان مؤثر (مطابق تبصره ۲ ذیل بند ۱-۵) به صورت ماه شمار توسط بیمه‌گر محاسبه و مطالبه می‌شود بدین ترتیب لازم است اسامی حذف‌شدگان صرفاً در انتهای ماه خروج بیمه‌شده به بیمه‌گر اعلام شود.

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

۱-۶- شاعین

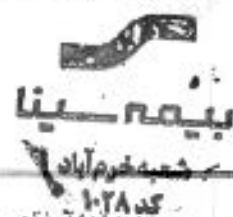
۱-۱-۶- مبلغ ۱۲۳,۵۰۰,۰۰۰ (صد و بیست و سه میلیون و پانصد هزار) ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی.

۲-۱-۶- مبلغ ۱۵,۱۶۴,۶۰۰ (پانزده میلیون و صد و شصت و چهار هزار و ششصد) ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

۳-۱-۶- مبلغ ۴۳,۰۰۰,۰۰۰ (چهل و سه میلیون) ریال سرانه برای هر یک از افراد دارای مرخصی بدون حقوق و هر یک از افراد تحت پوشش آنها.

۲-۶- افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

۱-۲-۶- مبلغ ۳۸,۰۰۰,۰۰۰ (سی و هشت میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت همسر غیرتحت تکفل کارکنان انات و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان.



۲-۶-۲۸،۰۰۰،۰۰۰ (بیست و هشت میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر، غیر تحت تکفل بیمه-
شماره
بیست

بیمه سينا

شده اصلی

۲-۶-۲۴،۰۰۰،۰۰۰ (بیست و چهار میلیون) ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان و هر یک از افراد تحت پوشش، به شرط داشتن بیمه پایه.

تبصره ۱: بجز ماده ۹ قرارداد، پوشش بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان با رعایت ماده ۸ و کلبه بندهای آن همانند شاغلین خواهد بود اما کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کارافتاده می‌شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می‌شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می‌توانند ضمن تحویل دفترچه‌های درمانی (در صورت دارا بودن دفترچه درمانی) با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان پوشش‌های مندرج در تفاهم‌نامه را دریافت نمایند در غیر این صورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش‌های همانند شاغلین حداقل تا انتهای قرارداد دریافت نمایند.

تبصره ۲: در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه‌های مقرر می‌باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه‌شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه‌گذار است. در صورتی که بیمه‌شده به علت شرایط بستری قادر به تعیین تکلیف پوشش خود در زمان مرخصی استعلاجی نباشد بیمه‌گذار ملزم به استمرار پوشش از طریق پرداخت حق بیمه بوده به ترتیبی که حق بیمه‌های پرداختی بعداً از مطالبات بیمه‌شده کسر شود. همچنین پرداخت ماهانه حق بیمه بیمه‌شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند، در طول مدت مرخصی بر عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

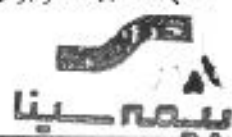
ماده ۷- ترتیب و سهولت پرداخت حق بیمه و تسویه حساب:

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه‌شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداقل ظرف مدت سی روز از پایان هر ماه در وجه بیمه‌گر به شماره حساب ۴۴۵۰۰۰۰۳۸۰ نزد بانک ملت شعبه میرداماد کد ----- به نام شرکت بیمه سينا پرداخت نماید. بر این اساس بیمه‌گر نیز مکلف به پرداخت خسارت بر طبق زمان‌بندی جزء (ب) از بند ۸-۱ خواهد بود.

تبصره ۱: با اعلام کتبی عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۶ از مقررات گوناگون توسط هر کدام از طرفین به شرکت مادر تخصصی ذریعه (و یا وزارت نیرو برای سازمانهای تابعه و موسسات آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکت‌های مادر تخصصی ظرف مدت دو هفته پس از تاریخ دریافت نامه، مراتب بلافاصله به وزارت نیرو و بیمه‌گر طرف قرارداد از طریق شرکت مادر تخصصی و با شرکت بیمه‌گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی وزارت نیرو و نماینده بیمه‌گر نحوه برخورد با موضوع ظرف مدت یک ماه پس از دریافت اعلام کتبی شرکت مادر تخصصی یا شرکت بیمه‌گر تعیین گردد. شرکت بیمه‌گر بدون طی مراحل فوق، به هیچ عنوان اجازه قطع خدمات به بیمه‌گذار را ندارد. در صورت حصول نتیجه مبنی بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار براساس زمان‌بندی تعیین شده در صورتجلسه نظم‌یابی‌فی‌مابین، و عدم پرداخت حق بیمه، بیمه‌گر در ارتباط با قطع خدمات محق خواهد بود.

فصل سوم- تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه‌گر: بیمه‌گر بعد از دریافت اسامی بیمه‌شدگان موضوع بند ۵-۱ با ارسال پیامک ضمن اعلام برقراری پوشش برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش وی در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت ماده ۱۱ از بخش اول بیمه‌نامه و جزئیات "الف" و "ب" از ماده



۷۰ قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران برقرار خواهد شد لذا کلیه مواردی که در قبیل شماره سوم
این بیمه نامه ذکر شده مورد **بیمه سنینا**

همچنین در صورت نیاز به انجام معالجاتی که ادامه سیر درمان به بعد از انقضای زمان قرارداد منجر شود، تعهدات به صورت ذیل اعمال می شود:

- در صورت ادامه طرح درمان در زمان بستری به بعد از اتمام دوره قرارداد، بیمه گر قبلی تعهد پرداخت خسارت را تا حداکثر دو ماه بعد از اتمام قرارداد (۱۴۰۵/۵/۳۱) به عهده خواهد داشت و در صورت ادامه طرح درمان بعد از موعد فوق هزینه های بعد از تاریخ مذکور، به قرارداد و بیمه گر جدید منتقل می شود. بدیهی است کل مبلغ خسارت قابل پرداخت به بیمه شده از زمان بستری تا زمان ترخیص به عهده بیمه گر قبلی بوده و تپاثر سهم پرداختی بیمه گران قبلی و فعلی صرفاً مسئله مالی بین دو بیمه گر بوده و بیمه شده دخالتی در اینگونه مسائل نخواهد داشت.

- در موارد پرنو درمانی و خدمات توانبخشی (گفتار درمانی، کار درمانی و فیزیوتراپی) که سیر درمان منقطع می باشد، هر بیمه گر متعهد پرداخت هزینه های بازه زمانی قرارداد خود است و می بایست صورتحساب تفکیکی ارائه گردد، در غیر اینصورت با ارائه کمی مدارک برابر اصل شده توسط بیمه گر قبلی و رسید پرداخت آن، بیمه گر دوره بعدی متعهد پرداخت خواهد بود.

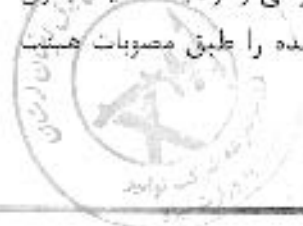
- هزینه مراقبت پرستاری مندرج در صورتحساب بیمارستانی مطابق مصوبه هیئت وزیران توسط بیمه گر با کسر فرانشیز پرداخت می گردد.

- هزینه ویزیت پزشک و خدمات تخصصی پرستاری در منزل نظیر تزریقات، پانسمان مطابق جدول پیوست شماره ۵، برای بیمارانی که با دستور پزشک متخصص معالج و با ارائه مدارک پزشکی معتبر و با تایید پزشک معتمد بیمه گر، به علت بیماری، عوارض ناشی از درمان، آسیب دیدگی یا ناتوانی جسمی یا عصبی، به طور موقت یا دائم فاقد توانایی جابه جایی مستقل و ایمن بوده و امکان مراجعه به مراکز درمانی برای وی مقدور نباشد و خدمات پرستاری و ویزیت در منزل برای ادامه یا تکمیل درمان ایشان ضروری باشد با رعایت تعرفه های مصوب هیات وزیران و به دفعات قابل پرداخت است. در این ارتباط خدمات نگهداری، کمک بهیاری و امور غیر درمانی تحت هیچ عنوان مشمول تعهدات نخواهد بود.

و برای مراقبت های ICU در منزل یا دستور پزشک متخصص معالج و ارائه مدارک معتبر بیمه شده موظف است در مرحله نخست از بیمه گر استعلام لازم در خصوص ارائه مراکز طرف قرارداد را به منظور مراجعه به آن مراکز اخذ نماید. در صورت عدم وجود مراکز طرف قرارداد (بر اساس استعلام از بیمه گر) هزینه انجام خدمت توسط مراکز دارای مجوز بر اساس فاکتور معتبر یا تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است.

تبصره ۱: در صورت پذیرش بیمه شده در مراکز طرف قرارداد (اعم از بیمارستانی، پاراکلینیکی، داروخانه و دندانپزشکی) و صدور معرفی نامه، اخذ هر گونه وجهی از بیمه شده در زمان ترخیص توسط مرکز درمانی به غیر از فرانشیز و موارد خارج از تعهد بیمه گر مطابق مفاد این قرارداد ممنوع بوده و در صورت وقوع، وجوه دریافتی مازاد در صورتحساب مراکز درمانی می بایست توسط شرکت بیمه گر با عنایت به بند "ب" ماده ۸-۱ در وجه بیمه شده کارسازی گردد. همچنین در صورت قرار گرفتن هزینه پروتز (یا لحاظ نمودن هزینه های مرتبط با بند ۸-۷ و تبصره ذیل آن) در صورتحساب مرکز به نام بیمه شده مشمول پرداخت توسط بیمه گر بر طبق شرایط این تبصره خواهد بود.

تبصره ۲: در مورد کلیه تعهدات بیمه گر پرداخت هزینه های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه های دارویی) که آخرین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش دولتی و عمومی غیردولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه های انجام شده را طبق مصوبات هیئت



بیمه سینا
خرمشهر آباد
کد ۱۰۲۸

وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب فرانشیز با عنایت به تبصره ۳ خواهد بود.

بیمه‌سینا

تبصره ۳: با عنایت به تبصره‌های ۱ و ۲ در کلیه تعهدات بیمه‌گر در صورت نیاز به اعمال فرانشیز، فرانشیز به هزینه پرداختی توسط بیمه‌شده اعمال می‌شود و به تفکیک: شاغلین به همراه افراد تحت پوشش ۵ درصد، بازنشستگان به همراه افراد تحت پوشش در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه ۱۰ درصد می‌باشد و درخصوص تعهد ماده ۹ (خدمات دندانپزشکی) برای کلیه بیمه شدگان (اعم از شاغلین و بازنشستگان و افراد تحت پوشش) فرانشیز ۵ درصد است. برای بیمه شدگانی که از سهم بیمه پایه به هر میزان استفاده کنند و هزینه‌های درمانی مرتبط با بیماری خاص و صعب‌العلاج و سوختگی‌های ناشی از حوادث حین کار و هزینه‌های ناشی از هرگونه حادثه حین انجام کار، (با عنایت به ماده ۶۰ قانون تأمین اجتماعی و بند ۶ از ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه) بدون اعمال فرانشیز می‌باشد. در خصوص حوادث حین کار می‌بایست مراتب حداکثر ظرف مدت ۵ روز کاری پس از حادثه به شرکت بیمه اعلام گردد.

در صورت اختلاف بیمه‌گر و بیمه‌گذار نسبت به چگونگی اجرای پرداخت هزینه‌های سوختگی ناشی از حوادث کاری و این موضوع در جلسات مربوط به موضوع جزء "ه" قابل بررسی خواهد بود.

پس از کسر فرانشیز مبنای پرداخت خسارت توسط بیمه‌گر مطابق با کتاب ارزش نسبی و اعمال تعرفه اعلامی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش مرتبط با مراجعه بیمه‌شده (دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی، خیریه) قابل اجرا در تاریخ انجام هزینه و تبصره‌های ۱ و ۲ از ماده ۸ می‌باشد.

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

الف- تعهدات بیمه‌گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت قرارداد و به دفعات با استفاده از معرفی‌نامه بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ خواهد بود.

ب- بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارت را پرداخت کند.

ج- بیمه‌گر موظف است مدارک و مستندات لازم جهت پرداخت هر مورد خسارتی به بیمه‌شدگان را صرفاً بر اساس ضمیمه (۱) قرارداد از بیمه‌شدگان مطالبه نماید و بیمه‌گذاران نیز موظف به اطلاع‌رسانی این موارد به بیمه‌شدگان می‌باشند. در هر صورت بیمه‌شده موظف به ارائه مدارک بیشتر از آنچه که در ضمیمه آمده است نمی‌باشد.

د - پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج براساس آخرین لیست وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و عناوین بیماری‌های مندرج در ضمیمه (۱) قرارداد (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل تالاسمی، هموفیلی، دیالیز خونی و صفای) و بیماری‌های صعب‌العلاج (از جمله ام اس، کانسر، پارکینسون، هیپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای، اوتسم، CF, SMA, MPS، نارسایی مزمن کلیه، بیه، گوشه، نیم‌پیک C/D، دیستروفی عضلات دوش، دیستروفی عضلات غیر دوش، رینوپاتی، سکنه مغزی ایسکمیک، سکنه مغزی هموراژیک، سکنه قلبی و اقدامات درمانی مرتبط با آن، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و صرع مقاوم به درمان، انواع پیوندها از قبیل مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، ریه، پانکراس، موی و بیسرال، ریه و کبد و سایر جراحی‌های تخصصی) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع

دبیرکل انجمن در هر بخش بدون اعمال قرائنیز در طول دوره هر تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اعلامیه‌ها، عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماران مبتلایان به این بیماری مورد اختلاف طرفین می‌باشد مؤسسه با نظر کمیسیون پزشکی مشترک وزارت نیرو و بیمه‌گران دارای بیشترین پورتفوی درمان صنعت آب و برق از تاریخ ذکر شده در صورتجلسات لازم‌الاجرا می‌باشد.

توضیح: پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری خاص و صعب‌العلاج برای بیمه‌شدگانی که دارای بیمه پایه هستند و طبق مدارک و مستندات ارائه شده توسط بیمه‌شده، بیمه پایه آنان را در زمره بیماران خاص و صعب‌العلاج لحاظ نموده است، بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گم خواهد بود.

۵- هزینه‌های بستری (بجز نگهداری) جهت درمان بیماری‌های روانپریشی با اعمال قرآنسبزه با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸، قابل پرداخت می‌باشد.

۲-۸- درخصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سربایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن (از جمله اسکن کف پا)، MRI، انواع سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، آزمایشات غربالگری جنین، فیزیوتراپی، ادیومتری، ایتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، نوروفیدبک، کایروپراکتیک، طب سوزنی، آژون تراپی (صرفاً جهت درمان انواع زخم)، قصد خون با تجویز پزشک متخصص طب سنتی و حداکثر ۴ بار در طول قرارداد، PRP، TMS، QEEG، تزریق سلولهای بنیادی، لیزر درمانی، لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداشدگی شبکیه، فوز قرینه و ...)، خدمت آب درمانی در صورت تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص مرتبط (ارتوپد، معز و اعصاب، طب فیزیکی و توانبخشی، جراح عمومی، متخصص طب ورزشی، فلوئشیپ درد، رومانولوژیست، فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان) و انجام در مراکز دارای مجوز در صورت ارائه توسط فیزیوتراپیست با متخصص طب فیزیکی و توانبخشی یا متخصص ورزشی صرفاً ۳۰ جلسه در بازه زمانی بیمه‌نامه مطابق با استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل پرداخت است و سایر خدمات تشخیصی- درمانی با اعمال فرانشیز با رعایت نصاب‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با رعایت کلیه تصره‌های ذیل ماده ۸ پرداخت می‌شود.

۳-۸- انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سریانی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت نائید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر (درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه استیگمات)) باشد، و اعمال فراتر از غایت نمره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل پرداخت است.

۸-۴- هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.

۸-۵- ویزیت پزشکان، مشاوران و کارشناسان پروانه‌دار معادل تعرفه در بخش مربوطه با اعمال فرانشیز یا رعایت نصاب‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل پرداخت است.

۸-۶ - هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ با تأیید پزشک معتمد سمسور قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند چنانچه پزشک معتمد بیمه‌گر لزوم مصرف و میزان آن را در صورتی که تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می‌بایست از طرف پزشک معتمد بیمه‌گر یا ذکر علت انجام



شده باشد) با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۴ از ماده ۸ قابل جبران می‌باشد. در صورت عدم تأیید داروی خارجی که تولید داخلی دارد هزینه داروی **بیمه سینا**

تبصره ۲: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نام داروی مرتبط با بیماری و میزان مصرف آن توسط بیمه‌گر، بررسی می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد)، بر اساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (تظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای) با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ براساس ضمیمه (۱) اقدام خواهد شد. همچنین پرداخت هزینه داروهای و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ براساس ضمیمه (۱) اقدام خواهد شد. همچنین پرداخت هزینه داروهای مرتبط با درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج که قبلاً مجوز ورود از مراجع ذیصلاح داشته و هم‌اکنون نیز تجویز می‌شوند، موضوع در کمیسیون فنی شرکت بیمه‌گر مطرح و در ارتباط با نحوه پرداخت با نظر مثبت تصمیم‌گیری می‌شود. داروهای مکمل برای اینگونه از بیمه‌شدگان در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و یا متخصص تغذیه، با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت است.

تبصره ۳: هزینه سرنگ، قلم و سرسوزن قلم انسولین، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین و انواع بانسمان که جزء ملزومات دارویی محسوب می‌گردد و همچنین هرگونه تزریقات یا جنبه درمانی براساس لوخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران است. تزریقات داروهای تخصصی که از داروخانه یا شرکت تجهیزات پزشکی با فاکتور معتبر خریداری شده و لازم است صرفاً توسط پزشک متخصص انجام شود بر اساس تعرفه نوع خدمت قابل پرداخت است. داروی استفاده شده می‌بایست دارای فاکتور ممهور و معتبر تجهیزات پزشکی و یا داروخانه باشد.

تبصره ۴: هزینه دستگاه تست قند خون (صرفاً برای بیماران دیابتی وابسته به انسولین یکبار در دوره قرارداد برای هر خانواده) حداکثر تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰ (بیست میلیون) ریال با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر بدون فرانشیز و نوار تست قند خون برای هر بیمار دیابتی در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۱۰۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر با کسر فرانشیز قابل جبران است. همچنین پرداخت هزینه دستگاه کنترل میزان قند خون بر روی بدن با دستور پزشک متخصص و صرفاً جهت بیماران دیابتی وابسته به انسولین تا سن زیر ۱۶ سال یا ارائه فاکتور معتبر شرکت تجهیزات پزشکی به میزان سقف تعیین شده در جدول ضمیمه (۳)، در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

تبصره ۵: بیمه‌گر تعهد می‌نماید تا کلیه داروخانه‌های طرف قرارداد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- داروخانه‌های منتخب طرف قرارداد (بیمه‌گر موظف است ضمن اعلام اسامی داروخانه‌های منتخب قبلاً اسامی بیماران خاص و صعب‌العلاج را به داروخانه‌های مذکور از طرق مقتضی اعلام کرده باشد، برای دریافت دارو از اینگونه داروخانه‌ها به علت نداشتن بیمه پایه نباید محدودیتی اعمال شود) با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف ۶۰۰۰۰۰۰۰ (شصت میلیون) ریال بدون معرفی‌نامه و تأیید بیمه‌گر برای داروهای مرتبط با بیماری خاص و صعب‌العلاج

۲- در مورد سایر داروها (بجز داروهای مرتبط با بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج) در تمامی داروخانه‌های طرف قرارداد تا سقف ۱۲۰۰۰۰۰۰ (یکصد و بیست میلیون) ریال برای کلیه نسخ دارویی.



بیمه سینا
شعبه خرم‌آباد
۰۲۸۵

۳- از آنجا که بیمه‌شدگان شاغل و افراد خانواده آنها پوشش از طرف بیمه‌گر پایه ندارند لذا بیمه‌گر مکلف است در نظر گرفتن تمهیداتی برای استفاده مناسب و مطابق شرایط قرارداد از داروخانه‌های طرف قرارداد خود مستقل از بررسی داشتن بیمه پایه توسط مرکز طرف قرارداد برای این قبیل از بیمه‌شدگان می‌باشد.

تبصره ۶- در صورت لغو قرارداد داروخانه‌های مرجع (نظیر هلال احمر، داروخانه سبزه آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای)، بیمه‌گر موظف است تمهیدات لازم برای پرداخت هزینه بیمه‌شده جهت دریافت دارو را در همان روز به نحو مقتضی انجام دهد.

۷-۸- هزینه مربوط به پروتزهایی که در بدن بکار می‌رود (از جمله پروتز حلزون گوش و پروتزهایی که به دلیل بیماری و یا حوادث جایگزین عضو اصلی می‌شوند) با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

تبصره: هزینه اعمال جراحی که به منظور رفع نقص ناشی از درمان در اندام بیمه‌شده از طریق ایمپلنت (جذب دندان) و یا استفاده از پروتز و یا ترمیم نقص انجام می‌شود با رعایت بند ۱ از ماده ۱۱ یا کسر فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بر عهده بیمه‌گر می‌باشد.

۸-۸- هزینه خرید وسایل کمک توانبخشی، پروتزها و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، براساس جدول ضمیمه (۳) چنانچه به دفعات در طول مدت قرارداد مورد نیاز باشد بدون کسر فرانشیز تا سقف مندرج در جدول ضمیمه (۳)، قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: هزینه کرایه وسایل کمک توانبخشی، پروتزها و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، براساس فاکتور معتبر بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۹-۸- تأمین هزینه‌های (تهیه) اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قریه، قلب، ریه و ... در مراکز درمانی و در صورتیکه منجر به انجام پیوند شود (پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر) (همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب‌العلاج) بدون کسر فرانشیز در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

۱۰-۸- هزینه درمان نازائی و ناباروری جهت هر یک از زوجین (اولیه و ثانویه) مانند لاپاراسکوپی درمانی، IUI، IVF، ZIFT، GIFT با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ جهت هر یک از زوجین قابل جبران است (حتی اگر منجر به معالجه نگردد). همچنین با عنایت به جزء "پ" از ماده ۸۱ قانون پنج ساله برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران هزینه‌های مرتبط با رحم اجاره‌ای و انجماد (فریز) تخمک، تخمک اهدایی (چنانچه جنبه درمانی داشته باشند) تا سقف ۱۰۰۰۰۰۰۰۰ (ده میلیارد) ریال با کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

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

۱-۱۱-۸- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش اورژانس، Day care و یا سایر بخش‌ها گردد، همچنین در مورد شکستگی‌ها (از جمله لگن، ران و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار عابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در هر مورد داخل شهری ۲۰۰۰۰۰۰۰ (سیصد میلیون) ریال براساس هزینه طبق فاکتور ارائه شده و بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۲-۱۱-۸- در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ و یا تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی ۷۰۰۰۰۰۰۰ (هفتصد میلیون) ریال در هر مورد بین شهری براساس هزینه طبق فاکتور ارائه شده و بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت است.



۳-۱۱-۸ - هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال تمام و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه بیمار بر اساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی با بیمه‌گذار و بازپرداخت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ پرداخت می‌گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

۱۲-۸ - هزینه‌های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه‌شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه‌های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه‌گر تعهدات خود را (مازاد هزینه‌ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد. همچنین بیمه‌گر متعهد به ارائه اصل مدارک و یا تصویر مصدق آن برای ارائه به سایر مراجع ذیربط بر اساس درخواست بیمه‌شده و نیاز آن مراجع می‌باشد.

۱۳-۸ - بیمه‌گر متعهد می‌گردد لیست کلیه مراکز طرف قرارداد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتباً به بیمه‌گذار اطلاع دهد و همچنین بیمه‌گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه‌شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه‌های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه‌شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه‌گر لازم است از طریق عقد قرارداد و یا از طرق دیگر و براساس لیست مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار، امکان استفاده از این مراکز را بدون پرداخت وجهی بر اساس مفاد قرارداد مازاد بر آنچه که افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور می‌پردازند، قبل از ترخیص و در زمان تسویه حساب بیمه‌شده با آن مرکز فراهم نماید.

۱۴-۸ - بیمه‌گذار موظف است لیست مراکز بیمارستانی و سایر مراکز درمانی - تشخیصی مورد درخواست خود را همراه با لیست اولیه بیمه‌شدگان به صورت مکتوب به بیمه‌گر ارائه نماید، همچنین بیمه‌گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار قرارداد منعقد نماید. در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه‌گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه‌گذار نشود و یا به دلیل لغو قرارداد با مراکز درمانی به هر شکل (از سوی هر یک از طرفین)، این موضوع اتفاق افتد (و این مراکز بیمارستانی با حداقل ۲ شرکت بیمه بازرگانی حتی خارج از قرارداد وزارت نیرو قرارداد داشته باشند) و بیمه‌شده به مراکز بیمارستانی (صرفاً بستری و Day care) مورد درخواستی که غیر طرف قرارداد بیمه‌گر می‌باشند، مراجعه نماید بیمه‌گر مکلف به جبران هزینه‌های وی بدون در نظر گرفتن تعرفه با عنایت به تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با کسر فرانشیز می‌باشد.

۱۵-۸ - بیمه‌گر می‌تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده را با رعایت جزء "ج" از بند ۸-۱ بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید.

۱۶-۸ - بیمه‌گر موظف است حداقل در یکی از بیمارستانهای خصوصی مراکز استانها کلیه خدمات تشخیصی و درمانی را به بیمه‌شدگان صنعت آب و برق ارائه دهد.

۱۷-۸ - هزینه‌های خارج از کشور:

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

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



تبصره ۱: در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه‌گر هزینه‌های انجام شده یا رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کلیه خسارت‌ها را به بیمه‌شده پرداخت و یا به خاستگاه بانکی وی واریز می‌گردد.

- ۸-۱۸ - بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را در اختیار وی قرار دهد.
- ۸-۱۹ - بیمه‌گر موظف است امکان دسترسی بیمه‌گذار و کلیه بیمه‌شدگان را به منظور پیگیری خسارتها در سیستم آنلاین خود حداقل به مدت یکسال پس از انقضای قرارداد فراهم نماید.
- ۸-۲۰ - بیمه‌گر موظف است تیم جمع‌آوری نسخ و پزشک معتمد خود را در کلیه شرکت‌های بیمه‌گذار به ساختمانهای اداری مراکز استانها و شهرستانها با هماهنگی بیمه‌گذار اعزام نماید.
- ۸-۲۱ - بیمه‌گر موظف است قرارداد به همراه ضامنی را جهت اجرا به کلیه شعب خود ابلاغ نماید و آموزش‌های لازم را به آنها نیز ارائه دهد. در صورت ابلاغ هر گونه بخشنامه یا دستورالعملی مازاد بر آن توسط بیمه‌گر به شعب، رونوشت آن می‌بایست به وزارت نیرو ارسال گردد. بدیهی است صرفاً متن و ضامنی قرارداد، مبنای ارائه مستندات بمنظور محاسبات جبران هزینه‌ها و اجرای آن در شعب بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

- ۹-۱ - تعهدات مربوط به ایمپلنت (شامل تزریق پودر استخوان در صورت نیاز) تا سقف ۸۰۰۰۰۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال بدون فرانشیز بصورت شناور برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش
- سایر تعهدات مربوط به گروه دندانپزشکی عمومی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، روکش، ارتودنسی (پرداخت هزینه خدمات ارتودنسی حداکثر طی دو دوره قرارداد متوالی بصورت ۵۰ درصد هزینه یا رعایت تعرفه در قرارداد دوره جاری (زمان شروع درمان) بعهد بیمه‌گر جاری و ۵۰ درصد باقیمانده در قرارداد دوره بعد، بعهد بیمه‌گر آن دوره با رعایت تعرفه‌های جدید و مرتبط با دوره مذکور می‌باشد و چنانچه کل دوره درمان ارتودنسی در طول یک دوره قرارداد واقع شود پرداخت کل هزینه ارائه شده توسط بیمه‌شده با رعایت تعرفه بعهد بیمه‌گر جاری خواهد بود)، جرم‌گیری و بروساز یا اعمال فرانشیز و یا رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بدون سقف و به دفعات می‌باشد. در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی یا در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه‌شده به سایر بخش‌ها تعرفه بخش مربوطه ملاک محاسبه است، برای هر یک از بیمه‌شدگان (بیمه‌شده اصلی شاغل و افراد تحت تکفل وی و همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان آنان، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان) در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

تعهدات دندانپزشکی برای هر یک از بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان و هر یک از والدین غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی شاغل برای کلیه خدمات مربوط به دندانپزشکی اعم از ایمپلنت و سایر خدمات تا سقف مبلغ ۸۰۰۰۰۰۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال بصورت شناور برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش یا اعمال فرانشیز و یا رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی یا در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه است، در طول مدت قرارداد در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره ۱: جبران هزینه جراحی لثه به منظور درمان نومور در صورتیکه منجر به بستری شود از محل تعهد بند ۸-۱، و در صورت انجام جراحی به صورت سرپایی از محل تعهد بند ۸-۲ قابل پرداخت است.



بیمه‌سینا
شعبه خرم‌آباد
۱۴۰۸

شماره
تبصره ۲: چنانچه برای انجام هر یک از خدمات دندانپزشکی بیمه‌شده نیاز به بیهوشی و یا بستری داشته باشد هزینه‌های آن از محل تعهدات بند ۸-۱ با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

تبصره ۳: جبران هزینه‌های ارتودنسی، جرم‌گیری، روکش و بروساز یا ارائه مدارک مثبت اعلامی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر است.

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

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

تبصره ۱: در هر صورت بیمه‌گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبت تعهدات خود را در پرداخت هزینه‌های مربوط به دندان انجام دهد.

ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه‌ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر در مورد هزینه‌های سرپایی ۳ ماه و در مورد هزینه‌های بیمارستانی ۶ ماه از تاریخ هزینه می‌باشد. در صورت استفاده از پوشش سایر بیمه‌ها مهلت فوق از تاریخ دریافت سهم از سایر بیمه‌ها توسط بیمه‌شده، مورد عمل می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

ماده ۱۱- استثنائات:

استثنائات این قرارداد در چارچوب ماده ۱۴ این‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه می‌باشد و بر این اساس، صرفاً موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج هستند:

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر جنبه درمانی داشته باشد.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد.

تبصره: با عنایت به بند ۶ از ماده ۲ این‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از حادثه و مواردی که بر عملکرد اندام بیمه‌شده تأثیرگذار است از شمول این بند خارج است.

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

۴- با عنایت به تبصره ۲ از بند ۶-۸ هزینه‌های مربوط به تهیه داروهای مکمل، لوازم آرایشی و منفرفه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان و ... (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد).

تبصره: کلیه هزینه‌های مربوط به لوازم اساسی مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است و مربوط به موارد جانبی، بهداشتی و امثالهم (مثل: ماسک، دستکش، گان، دمپایی ...) نیست، قابل پرداخت است.

۵- هزینه‌های ترک اعتیاد.

- ۶- هر نوع چکپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).
- ۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیق، درمان و مراقبت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- ۸- هزینه‌های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی مگر اینکه طبق نظر مراجع ذیصلاح قانونی ناشی از دفاع از خود باشد.
- ۹- سقط جنین مگر در موارد قانونی یا تشخیص پزشک معالج.
- ۱۰- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

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

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

- ماده ۱ - موضوع قرارداد: عبارتست از بیمه عمر (فوت به هر علت) و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، در تمام اوقات شبانه روز.
- ماده ۲ - بیمه‌شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه‌گذار.
- تبصره ۱: بازنشستگان تنها در یک نوبت و در ابتدای قرارداد می‌توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. صرفاً کارکنان شاغلی که در طول مدت این قرار داد بازنشسته می‌گردند تا سه ماه بعد از تاریخ ابلاغ حکم بازنشستگی می‌توانند به این قرار داد اضافه گردند و تاریخ شروع پوشش از تاریخ ثبت درخواست در دبیرخانه بیمه‌گر می‌باشد.
- تبصره ۲: بیمه‌شدگانی که به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه‌نامه استفاده نموده‌اند از شمول این قرارداد خارج می‌باشند.
- ماده ۳ - تعریف حادثه: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی یا فوت بیمه‌شده گردد.
- ماده ۴ - تعریف نقص عضو و از کار افتادگی: عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

- ماده ۵ - بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد یک نسخه لیست مشخصات کامل کلیه بیمه‌شدگان را شامل: نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه و محل صدور و کد ملی را تهیه و جهت بیمه‌گر ارسال دارد.
- ماده ۶ - حق بیمه: حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه‌شدگان
- ۶-۱ پوشش بیمه‌ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۴,۱۰۰,۰۰۰ (چهار میلیون و صد هزار) ریال
- تبصره ۱: ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه: حق بیمه هر ماه بیمه‌شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می‌بایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه‌گر ارسال و پرداخت شود.
- تبصره ۲: غرامت بیمه‌شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.
- تبصره ۳: تعهدات بیمه‌گذار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه‌گر می‌باشد.



به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه‌شده مکلف است بلافاصله به بیمه‌گذار اطلاع دهد و در صورت فوت، بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند. در صورت فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند. **تبصره:** بیمه‌گذار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه‌گر ارسال نماید. در غیر اینصورت، بیمه‌گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می‌باشد.

الف) در صورت فوت:

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

ب) در صورت نقص عضو و از کارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه:

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

فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸ - بیمه‌گر متعهد است در صورت وقوع هر یک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه‌شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، موضوع ماده ۷ فوق، غرامت ذیل را حسب مورد صرفاً در وجه بیمه‌شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به وراث قانونی وی پرداخت نماید. غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل می‌باشد:

- ۱- فوت به هر علت و نقص عضو دائم کلی ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (پنج میلیارد) ریال
- ۲- فوت و نقص عضو جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (پنج میلیارد) ریال

ماده ۹ - بیمه‌گر موظف است نسبت به ارسال **بیمه‌سینا** در مورد سایر دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می‌نماید اقدام نماید.

بخش سوم: شرایط فسخ قرارداد

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

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

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

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

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

- الف) تکمیل جدول ضمیمه (۴) به منظور محاسبه خسارت پرداختی در چارچوب این قرارداد
- ب) محاسبه خسارت معوق بیمه‌گر براساس آخرین جدول IBNP یا خسارت معوق مربوط به سال جاری، ارسال شده به وزارت نیرو



ج) محاسبه نسبت خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد براساس موارد ذیل^{شماره} و "ب"

بیمه سینا

د) با بررسی وزارت نیرو و اعلام آن به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در صورت عدم رعایت غیر موجه چارچوب قرارداد توسط بیمه‌گر بند ۲ از جزء "د" ماده ۲۱ آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه اجرایی نخواهد شد.

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

ساده ۵- احراز تخلف بیمه‌شدگان و نحوه برخورد با آن، مستقل از دوره قرارداد در کمیته مشترک فی مابین بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشخص و تعیین خواهد شد، بدین منظور بیمه‌گذار یک هفته کاری پس از ثبت نامه بیمه‌گر در دبیرخانه بیمه‌گذار یا دعوت بیمه‌گذار از بیمه‌گر تاریخ تشکیل کمیته مشخص و هماهنگ خواهد شد. در صورت بروز اختلاف نظر در کمیته و یا در صورت تصمیم به قطع پوشش بیمه‌شده خاصی، موضوع ظرف ۱۰ روز کاری در جلسات مشترک با شرکت مادر تخصصی و در صورت عدم حل مشکل ظرف یک هفته کاری با وزارت نیرو حل و فصل گردد. در مورد مؤسسات و سازمان‌های تابعه در صورت بروز اختلاف نظر، جلسات مذکور با وزارت نیرو و با رعایت زمانبندی‌های مذکور خواهد بود. در صورت عدم رعایت زمانبندی‌های فوق بیمه‌گر محق خواهد بود بر طبق آئین‌ها و دستورالعمل‌های ذیربط عمل نماید.

بخش چهارم: مقررات گوناگون

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

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

ساده ۳- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیونی مشترک متشکل از نمایندگان بیمه‌گر و بیمه‌گذار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.

ساده ۴- موارد سکوت یا پیش‌بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه‌های درمان، عمر و حوادث و قانون- مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ساده ۵- مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۴/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۱۴۰۵/۴/۱ منقضی می‌گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ساده ۶- در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه‌گذار و یا بیمه‌گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فی مابین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقات ذیل امکان به حال و فوت خود باقی است.



بیمه سینا
شعبه خرم‌آباد
۱۰۲۸۵

شماره
ماده ۷- بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضای مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

بیمه‌سینا

ماده ۸- بیمه‌گر موظف است میزان دسترسی بیمه‌شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد در غیر اینصورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرار داد با بخش‌های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می‌شود) را به وزارت نیرو و بیمه‌گذار اعلام نماید.

ماده ۹- سهم بیمه‌شده در مراکز طرف قرارداد بیمه‌گر تنها فرانشیز و موارد مرتبط با ماده ۵ بخش اول بیمه‌نامه می‌باشد. چنانچه مبلغ مزاد بر آن از بیمه‌شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه‌گر موظف به جبران آن می‌باشد.

ماده ۱۰- در صورت نیاز به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر موظف به در نظر گرفتن تمهیدات لازم جهت پرداخت اولیه وجه مورد درخواست مرکز در زمان اقدام به بستری بیمه‌شده یا هماهنگی بیمه‌گذار می‌باشد.

ماده ۱۱- بیمه‌گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده از پوشش درمانی در هر کجای کشور بدون انجام فرایندهای اداری اضافی و مستقل از محل شعبه و واحد اجرایی بیمه‌گر برای بیمه‌شده مهیا شده و هزینه درمانی بیمه‌شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه‌گذار در هر شهر مورد مراجعه بیمه‌شده به مراکز طرف قرارداد پرداخت شود.

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

ماده ۱۳- کلیه هزینه‌های مربوط به شیوع بیماری واکسیناسیون، آزمایشات و ... تحت پوشش بیمه خواهد بود.

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

ماده ۱۵- اجرای تغییرات احتمالی در متن قرارداد منوط به تأیید آن توسط بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و وزارت نیرو می‌باشد.

ماده ۱۶- بمنظور تخمین خسارات واقعی قرارداد از روش پیز سلسله مراتبی با هماهنگی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران استفاده خواهد شد.

ماده ۱۷- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۳۴ تبصره و ۶۲ بند، در بخش دو شامل ۹ ماده و ۷ تبصره، در بخش سه شامل ۵ ماده و در بخش چهار شامل ۱۷ ماده در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی‌باشند.

بیمه‌گذار

بیمه‌گر

شرکت سهامی بیمه سینا (سهامی عام)

شعبه خرم آباد

حمیدرضا محمدی ۲۸۵۹۸۶۹۵۹۱ مدیر شعبه

بیمه‌سینا

شعبه خرم‌آباد

کد ۱۰۲۸

مدارک لازم برای:

الف- مراکز درمانی طرف قرارداد:

بذبحش بسمار (پیغمبر شده):

معرف نامه در محل مرکز درمانی و از طریق سامانه وب و بدون نیاز مراجعه به شعبه قابل دریافت است.

مدارک لازم جهت ارائه به مرکز درمانی (صدور معرفی نامه غیر آنلاین):

✓ دستور: زائچہ معالج مریضہ کے لیے۔ یہ تعین نوع خدمت

در خصوص موارد بیمارستانی: دستور پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری با ذکر نام بیمارستان و

نارنج، سستی (در صورت پذیرش غیر آنلاین) و رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه‌گر پایه یا کارت ملی

میتواند اصلی و تبعی (بیمار)

ب- مراکز درمانی غیر طرف قرارداد:

توجه: اقلام هزینه‌ای آورده شده در صورت حساب مراکز درمانی که امکان ارتباط با درمان بیمه‌شده را داشته و

منطبق با کتاب‌های ارزش نسبی است یا احتساب فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه‌ها (ارائه به بیمه‌گر) و نحوه رسیدگی:

(۱- ب) تعهد بستری و بیمارستانی؛

برای پرداخت خسارت، بیمه‌گر با استناد به صوره ذیل بند «ب» این ضمیمه، پس از دریافت مدارک ذیل،

منظم به پرداخت کامل اقلام هزینه‌ای براساس کدهای تعرفه‌ای فهرست شده در صورتحساب مرکز

درمانی بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با موضوع درمان می‌نویسد یا شد، مگر

آنکه اقدامی منطقی و یا مرتبط با موضوع درمان نبوده و در صورت حساب با شد، کدهای جراحی که در

صورتحساب مرکز درمانی قید شده و همپوشانی دارند قابل تأیید و پرداخت نمی‌باشند.

۱- اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر مرکز درمانی که در آن هزینه‌های تخت روز

(هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، لوازم مصرفی، تشکیل پرونده و... درج گردیده است.

(نظیر صورتحساب صرفاً در صورت استفاده از بیمه‌گر پایه و استعلام از آن بیمه مورد پذیرش است)

۲- اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان ممنوع به مهر مرکز درمانی که در آن حق الزحمه جراح،

بیهوشی، مشاوره و ویزیت پزشکان درج گردیده است.

۳- اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی)

۴- اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور

۵- اصل یا تصویر گواهی بیپوشی یا برگ بیپوشی اتاقی عمل

۶- اصل با تصویر ریز قبض آزمایشات و رادیولوژی و سایر تصویربرداری‌ها

۷- اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لازم مصرفی، فاکتور پروتوزها (ممه‌ور به مهر جراح و اتفاق عمل منبی

بر استفاده آن)



شعبه خرم آباد

کد ۱۰۲۸

۸- اصل یا تصویر برگ سیر بیماری و دستورات دارویی (orders) جهت تعیین دقیق تعداد ویزیتها و
بررسی روند بیماری

بیمه‌سنا

۹- در صورت خرید پروتز و وسایل پزشکی ضمیمه نمودن اصل فاکتور خرید معتبر مظهر به مهر و
تأیید مصرف آن توسط پزشک و الصاق LABEL بر روی برگه گزارش جراحی و مهر اتاق عمل
الزامی است.

۱۰- در صورتیکه فاکتور معتبر پروتز به نام بیمار نباشد و پروتزها از طریق بیمارستان تهیه شده باشد،
ارائه تصویر فاکتور خرید کلی بیمارستان مظهر به مهر اتاق عمل و پزشک جراح الزامی است.

۱۱- در صورت انجام رادیوتراپی، اصل صورتحساب مرکز مظهر به مهر پزشک معالج به همراه پروتکل
درمانی بیمار که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها باشد،
ضروریست.

نکات:

۱- در تمامی موارد فوق‌الذکر، منظور از تصویر، تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده بوده و صرفاً در موارد
دریافت سهم سایر سازمان‌ها (بیمه‌گران پایه یا بیمه‌گر تکمیلی دیگر) و ارائه پرنیت واریزی از طریق سایت یا
نامه پرداخت بیمه‌گر پایه، معتبر می‌باشد. در غیر اینصورت اصل مدارک دریافت
می‌گردد. (درخصوص ریز دارو، آزمایش، گزارش خدمات پاراکلینیکی ارائه تصویر آن بلامانع است)

۲- اصل صورتحساب یا تصاویر آن بایستی بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد.

۳- ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمیائوماستوئیدکتومی یا بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی ضروری
است.

۴- ارائه گزارش سی تی اسکن بابت اندوسکوپی سینوسهای پارانازال الزامی است.

بیمه‌شده کلیه مدارک بیمارستانی را از طریق مرکز درمانی تحویل گرفته و به نمایندگان خود در شرکت محل خدمت
تحویل نمایند.

نحوه پرداخت هزینه (در تعهد بستری و بیمارستانی):

چنانچه به هر دلیلی بیمه‌شده از خدمات مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد استفاده نماید فرایند جبران خسارت به
شرح ذیل می‌باشد:

بدیهی است ضمن رعایت مفاد بندهای ۸-۱۳ و ۸-۱۴ از بخش اول قرارداد و تبصره ذیل بند «ب» این
ضمیمه، تامین پیش‌پرداخت و تسویه حساب قطعی با مرکز بیمارستانی با رعایت ماده ۱۰ از بخش چهارم (مقررات
گوناگون) قرارداد با شرایط ذیل می‌باشد.

- ✓ دستور پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری با ذکر نام بیمارستان و تاریخ بستری
- ✓ نامه بیمه‌گذار مبنی بر تعهد پرداخت فرانشیز و موارد خارج از تعهد
- ✓ رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه‌گر پایه یا کارت ملی بیمه‌شده اصلی و تبعی (بیمار)
- ✓ پرداخت حداقل ۵۰ درصد وجه مورد درخواست مرکز درمانی توسط بیمه‌گر طبق اعلام مرکز درمانی (هنگام
پذیرش در مرکز درمانی)
- ✓ در موارد اورژانس نحوه پیش پرداخت توسط بیمه‌گر براساس توافقات فی‌مابین بیمه‌گذار و بیمه‌گر خواهد بود.

نکات:

بیمه‌سنا

شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸



۱- بیمه‌شدگان بازنشسته ابتدا می‌بایست نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه اقدام نموده و سپس روزیشت برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی به بیمه‌گر ارائه نمایند. بیمه‌گر پایه را در مهلت مندرج‌شده قرارداد تحویل نماید، در غیر اینصورت مطابق مفاد تبصره ۲ از ماده ۸ قرارداد عمل خواهد شد.

۲- براساس مفاد قرارداد برای بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل شاغل الزامی به اخذ سهم بیمه‌گر پایه نیست، اما در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز صفر خواهد شد.

نحوه رسیدگی (در تعهد بستری و بیمارستانی):

انجام خدمات ذیل در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد الزاماً نیازمند ارائه مدارک تکمیلی به منظور تأیید توسط پزشک معتمد می‌باشد: (درخصوص مراکز طرف قرارداد نیز لازم است)

❖ برای سینوپلاستی ارائه رادیوگرافی یا سی‌تی‌اسکن بینی و سینوس‌ها (قبل از جراحی) و تأیید پزشک معتمد الزامی است.

❖ انجام کورتاژ تخلیه‌ای به جز حالت اورژانس نیازمند ارائه سونوگرافی قبل از عمل و تأییدیه پزشک معتمد همراه با دستور پزشکی قانونی است. لازم به ذکر است هرگونه اقدام و یا مصرف دارو که منجر به سقط عمدی گردد خارج از تعهد خواهد بود. در صورت نداشتن سونوگرافی قبل از جراحی ارائه باتولوژی به همراه پرونده بیمار الزامی است.

❖ انجام جراحی فتق نافی یا فتق انسیزیونال و فتق شکمی در خانم‌ها و آقایان نیازمند معاینه بیمار توسط پزشک معتمد قبل از عمل و در صورت عدم حضور بیمار، ارائه گزارش سونوگرافی تأییدکننده بیماری و منوط به تأیید پزشک معتمد خواهد بود.

❖ برای انجام جراحی‌های کاهش وزن (بای‌پس معده، بالنگذاری و سایر اعمال مرتبط) در مورد بیمه‌شدگان تأییدیه پزشک معتمد قبل از عمل الزامی است. همچنین لازم است به صوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این خصوص رعایت گردد.

❖ انجام جراحی بلغاروپلاستی نیازمند ارائه پریمتری (اندازه‌گیری میدان بینایی) و تأیید پزشک معتمد قبل از عمل می‌باشد.

❖ انجام جراحی استنوتومی فمور و یا نیببای دو طرفه نیازمند معاینه بیمه‌شده قبل از عمل به همراه ارائه رادیوگرافی و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعیین علت جراحی می‌باشد، صدور معرفی‌نامه منوط به تأیید پزشک معتمد می‌باشد. (جراحی‌های افزایش قد تحت پوشش بیمه نمی‌باشند)

❖ انجام جراحی ماموپلاستی ارائه تأییدیه پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

❖ انجام عمل جراحی اصلاح استرابیسم (انحراف چشم) معاینه بیمه‌شده قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

❖ جهت انجام عمل جراحی ژنیکوماستی (بزرگی پستان در آقایان) معاینه بیمه‌شده قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

❖ انجام عمل جراحی واریس نیازمند معاینه بیمه‌شده قبل از عمل به همراه ارائه سونوگرافی کالر داپلر می‌باشد، صدور معرفی‌نامه منوط به تأیید پزشک معتمد می‌باشد.

❖ در مورد بازنشستگان و افراد تحت پوشش، تأیید بیمه‌گر پایه در مورد جراحی‌هایی مثل سینوپلاستی، ماموپلاستی، جراحی‌های کاهش وزن و سایر جراحی‌های از این قبیل ضروری می‌باشد.



بیمه‌سینا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

۲- ب) تعهد ویزیت:

- ❖ در صورت مراجعه بیمه شده به کلینیک و بیمارستان، نیاز است رسید صندوق ممهور به مهر پزشک معالج مرکز یا مهر صندوق باشد.
- ❖ به منظور جبران هزینه ویزیت (اعم از این که با دفترچه بیمه گر پایه و یا بصورت آزاد پذیرش شده باشد) ارائه گواهی تاریخ دار با ذکر نام بیمار ممهور به مهر از سوی پزشک مربوطه مبنی بر درج مبلغ ویزیت دریافتی الزامی است.

۳- ب) تعهد پاراکلینیکی:

ابتدا بیمه شده می بایست با مراکز تشخیصی تسویه حساب و سپس مدارک ذیل را در مهلت مقرر در قرارداد به شرکت بیمه تحویل نماید.

- ✓ دستور پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت
- ✓ اصل قبض پرداختی ممهور به مهر مرکز

نکته: برای پرداخت خسارت، بیمه گر با استناد ندره ذیل بند «ب» این ضمیمه و دریافت مدارک فوق، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه ای براساس کدهای تعرفه ای فهرست شده در صورتحساب مرکز درمانی (به استثناء فیزیوتراپی و توانبخشی) بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با دستور پزشک می تواند باشد، مگر آنکه اقدامی منطقی و یا مرتبط با دستور پزشک نبوده و در صورتحساب باشد.

۴- ب) تعهد فیزیوتراپی:

- ✓ ارائه دستور پزشک معالج با تخصص مرتبط شامل ارتوپد، روماتولوژی، جراحی عمومی، مغز و اعصاب، اطفال (برای بیمه شدگان زیر ۱۴ سال) با درج نوع فیزیوتراپی، تعداد جلسات مورد نیاز و ناحیه تحت درمان (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)
- ✓ ارائه گواهی مرکز فیزیوتراپی با درج نوع اقدام انجام شده در هر جلسه و مبلغ به تفکیک تاریخ ممهور به مهر و امضاء مرکز فیزیوتراپی الزامی می باشد.

نکته: پرداخت هزینه فیزیوتراپی با ارائه مدارک درخواستی فوق امکانپذیر می باشد.

- نکته:** در مواردی که ناحیه تحت درمان تک اندام می باشد و ۱۰ (ده) جلسه فیزیوتراپی تجویز شده باشد، ارائه دستور پزشک عمومی معالج نیز قابل قبول می باشد (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)
- نکته:** برای فیزیوتراپی در بیماری های مزمن مانند CVA ارائه سیر معالجات بیمار توسط پزشک معالج الزامی است.

- ❖ در مواردیکه فیزیوتراپی بیش از ده جلسه انجام شده و با بیش از دو اندام باشد ارائه مدارک ذیل الزامی می باشد (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است):

- ✓ ارائه رادیوگرافی با ام آر آی و یا سی تی اسکن مرتبط
- ✓ گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم انجام فیزیوتراپی بیش از ده جلسه

نکته: هزینه لیزر کم توان همزمان با فیزیوتراپی قابل پرداخت می باشد.

- نکته:** هزینه لیزر پروتوان، مگنت تراپی و شاک ویو (در صورتی که مجزا از سایر موارد و اقدامات فیزیوتراپی تجویز و انجام شود) قابل پرداخت می باشد.

۵- ب) تعهد توانبخشی:

بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۰۲۸۵



بیمه سینا

✓ ارائه گواهی پزشک متخصص اطفال یا مغز و اعصاب و روانپزشک که در آن نام بیماری، طول مدت درمان و تعداد جلسات درج شده باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ ارائه گواهی مرکز توانبخشی مبنی بر انجام نوع خدمت به تفکیک تاریخ هر جلسه با درج مبلغ
✓ در صورت نیاز به انجام خدمات فوق با ارائه مدارک و مستندات بسیاری و گواهی پزشک معالج مبنی
بر نوع و شدت بیماری قابل بررسی و پرداخت می باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ در صورت نیاز به خدمات بیش از شش ماه، هزینه ها پس از ارائه گواهی پزشک معالج از روند سیر بیماری و بهبودی بیمار با خدمات فوق با تأیید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد (اوتیسم، فلج مغزی کودکان و موارد مشابه گواهی مذکور لازم نمی باشد) (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ در بازتوانی قلبی EECF، تعداد جلسات در تعهد، برحسب شرایط بیمار با ارائه اسناد شامل اکوکاردیوگرافی و اصل گواهی پزشک متخصص با ذکر تاریخ جلسات (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

۶- ب) تعهد دندانپزشکی:

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی:

- اصل نسخه دندانپزشکی، شرح اقدامات درمانی انجام شده به تفکیک خدمات با ذکر شماره دندان و درج مبلغ دریافتی به تفکیک خدمت.

نکته ۱: در صورت ترمیم ۵ و یا بیش از ۵ دندان بطور همزمان ارسال پانورکس (OPG) قبل و بعد از درمان الزامی است.

نکته ۲: در صورت انجام درمان ریشه دندان، همی سکشن و قطع ریشه، اکسپوز دندان، بست ریختگی، اپکسورنزیس، جراحی کیست و تومور استخوانی ارائه رادیوگرافی قبل و پس از انجام الزامی است.

نکته ۳: در صورت انجام ۲ روکش یا بیشتر، اسپلینت و نایت غار، پانورکس قبل از درمان و فوتوگرافی الزامی است.

نکته ۴: در صورت انجام ارتودنسی ارائه رادیوگرافی پانورکس یا فوتوگرافی آلتیه ای و یا معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فوتوگرافی (عکس رنگی حتی با گوشی موبایل) یا معاینه بیمار بعد از نصب براکت ها الزامی است.

نکته ۵: در صورت انجام ایمپلنت ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و بعد از درمان و یا معاینه بیمه شده توسط دندانپزشک معتمد الزامی است. در صورت تزریق پودر استخوان ارائه cbct قبل از درمان الزامی است.

نکته ۶: در صورت جراحی لته (با رعایت تبصره ۱ از ماده ۹ قرارداد)، ارائه فوتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان و پانورکس (OPG) الزامی است.

نکته ۷: جهت کودکان زیر ۱۲ سال و خانم های باردار به شرط ارائه مدارک مورد نیاز و با تأیید پزشک معتمد ارائه رادیوگرافی الزامی نیست.

نکته ۸: با توجه به ماده ۱۰ بخش اول قرارداد، پرداخت هزینه ایمپلنت بدون کسر فرانشیز می باشد.

بیمه‌شدگان می‌توانند از مراکز طرف قرارداد استفاده نمایند که در این صورت جهت پیگیری امور معرفی‌نامه لازم است ابتدا به مرکز بیمه سینا مراجعه و طرح درمان مبنی بر تعیین نوع خدمات مورد نیاز را دریافت و سپس معرفی‌نامه دریافت نمایند.

ب) تعهد عینک:

جهت پرداخت هزینه عینک، ارائه دستور چشم پزشکی مبنی بر تعیین درجه ضعف بینایی چشم بیمار با برگه کامپیوتری اپتومتری تاریخ‌دار یا ذکر نام بیمار به همراه فاکتور خرید عینک فروشی‌های مجاز الزامی است.

چنانچه در یکبار مراجعه سقف بیمه شده کامل هزینه نشود وی می‌تواند برای هر نوع هزینه مورد تعهد بند مذکور درخواست داده و پرداخت هزینه تا سقف تعیین شده در تعهد می‌باشد.

سقف هزینه عینک برای هر دوره قرارداد می‌باشد، این سقف برای لنز تماسی طبی نیز قابل استفاده است.

جز در موارد محدود و مشکوک (به تشخیص بیمه‌گر و یا ذکر دلیل)، با ارائه مدارک فوق نیاز به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر نمی‌باشد.

۷- ب) تعهد رفع عیوب انکساری:

جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در صورتی در تعهد می‌باشد که براساس برگه اپتومتری اخذشده از دستگاه رفراکتومتر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر قبل از عمل مورد تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر باشد.

تذکره: اقدامات تشخیصی لازم جهت بررسی رفع عیوب انکساری در تعهد پاراکلینیک ثبت و با اعمال فراتسبز پرداخت می‌گردد.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت:

- ✓ صورت حساب ممهور به مهر پزشک معالج یا مرکز درمانی
- ✓ دستور پزشک معالج
- ✓ برگ تعیین شماره چشم و تأیید شماره چشم توسط پزشک معتمد
- ✓ شرح عمل
- ✓ گزارش توپوگرافی مهر شده مرکز و پزشک معالج
- ✓ ریزدارو و لوازم مصرفی ممهور به مهر مرکز

۹- ب) جراحی مجاز سرپایی:

- ❖ در نمونه‌برداری‌ها و خارج کردن هر نوع ضایعه ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
- ❖ در موارد خارج کردن میخچه تکرار شونده، تأیید پزشک معتمد قبل از انجام اقدامات درمانی الزامی است.
- ❖ جهت درمان ضایعات زگیل به هر روش و در هر ناحیه تأیید پزشک معتمد الزامی است.
- ❖ به منظور جبران هزینه تزریق داخل مفصل ارائه نسخه داروی تزریقی (با مهر داروخانه) به همراه گواهی پزشک معالج متخصص مبنی بر ذکر نام مفصل تحت درمان، تعداد تزریقات با درج تاریخ تزریق و نام بیمار الزامی است.



در موارد کرایه و لیزتریبی تعداد ضایعه، محل و نوع آنها، ارائه گواهی پزشکی معالج (موارد زیبایی زیر تعهد نمی باشد) لازم است و در صورت **بیمه سینا** قبل از اقدام درمانی توسط پزشک معتمد الزامی است.

۱۰- ب) تعهد وسایل کمک پزشکی استفاده شده در خارج از بدن:

هزینه خرید و کرایه وسایل کمک پزشکی، پروتزها و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می شود مشروط به تجویز آن توسط پزشک متخصص ارتوپد، مغز و اعصاب، توانبخشی و ... بوده که با ارائه فاکتور خرید و یا کرایه معتبر و تأیید پزشک معتمد برای خرید حداکثر تا ارقام ذکر شده در جدول ضمیمه شماره ۲ بدون اعمال فرانشیز محاسبه و پرداخت می شود.

۱۰-۱- ب) سمعک

جبران هزینه های سمعک مشروط به تجویز پزشک متخصص مربوطه با ارائه گزارش شنوایی شنجی و فاکتور معتبر دارای کد اقتصادی و مشخصات کامل فروشنده و خریدار به همراه کپی برگه ضمانت سمعک می باشد.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت:

✓ دستور پزشک معالج (گوش و حلق و بینی)

✓ گزارش ادیومتری با نوار گوش

✓ فاکتور معتبر سمعک بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت

✓ ارائه کارت گارانتی مطابق مندرج روی سمعک و کد IRC یا مدل سمعک مندرج در فاکتور

۱۱- ب) تعهد اعمال غیر مجاز در مطب:

آخرین لیست اعمال غیر مجاز در مطب مصوب پنجاه و پنجمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی مورخ ۱۴۰۰/۱۶/۲۵ که ضمیمه می باشد.

۱۲- ب) تعهد سوختگی ناشی از کار:

ترمیم سوختگی، زیبایی محسوب نمی شود و جبران هزینه های آن در هر زمان از طول قرارداد در تعهد می باشد حتی اگر وقوع سوختگی در دوره قرارداد نبوده باشد.

نکته: مواردی از خدمات که جنبه درمانی دارند و در کتاب ارزش های نسبی دارای کد می باشد در تعهد بوده و قابل پرداخت می باشد.

نکته: در صورت درخواست بیمه شده برای اخذ مدارک خسارتی خود و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل وی، ارائه نسخه کپی ممهور به مهر برابر اصل شده آن به بیمه شده و در صورت نیاز همراه نامه رسمی به بیمه گر بعدی الزامی می باشد.

ج- داروخانه:

۱- ج) تعهد دارو:

در صورت مراجعه به کلیه داروخانه ها (طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد) ضوابط فنی عمومی ارزیابی اسناد دارویی به شرح ذیل می باشد:

✓ ارزیابی قیمت به صورت "**قلم به قلم**" می باشد. (برای ارائه به مرکز غیر طرف قرارداد است)



بیمه سینا
شعبه خرم آباد
۱۳۸۵

✓ ارائه پرینت داروخانه که شامل ریز داروها می باشد به همراه نسخه داروهای تجویزی ممنوع به مهر پزشک معالج و داروخانه الزامی می باشد و بیمه سينا در استفاده از سامانه نسخ الکترونیک (برای ارائه به مرکز غیر طرف قرارداد است)

✓ ارائه پرینت قبض داروخانه دارای کد رهگیری و کد ملی بیمه شده برای نسخ الکترونیک مورد نیاز می باشد.

✓ نسخ ناخوانا از درجه اعتبار ساقط می باشند.

✓ حق فنی داروخانه در تعهد نمی باشد.

✓ هزینه داروهای مکملی که با تجویز پزشک معالج جنبه درمانی دارند با تأیید پزشک معتمد بیمه گر در تعهد بیمه گر می باشد.

✓ داروهای مربوط به کاهش و افزایش وزن در تعهد نمی باشد. (در مواردی که BMI بالای ۴۰ و با تأیید پزشک معتمد جنبه درمانی دارد، در تعهد خواهد بود. در صورت نیاز به جراحی با تجویز پزشک معالج نیاز به تأیید پزشک معتمد نیست).

✓ داروهای نازایی و ناباروری از محل تعهدات داروها قابل پرداخت است.

✓ چنانچه در ماه های پایانی قرارداد داروهای تجویزی برای بیمه شده بیشتر از دوره قرارداد باشد، بیمه گر جاری مکلف به پرداخت سهم باقی مانده از قرارداد می باشد و مابقی آن در تعهد بیمه گر بعدی است. به این منظور بیمه گر جاری می بایست کمی برابر اصل شده نسخه تجویز دارو، قبض دارو و هزینه اعلام شده و پرداخت شده را در اختیار بیمه شده جهت ارائه به بیمه گر بعدی قرار دهد.

✓ داروهای هورمون رشد بر اساس شناسنامه استاندارد آن قابل پرداخت است.

✓ واکسن آنفولانزا صرفاً برای بیمه شدگان دارای بیماری خاص، و یا بیمه شدگان با سن بالای ۷۰ سال و کودکان زیر ۱۰ سال با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

۱-۱- ج) داروهای تک نسخه ای:

داروهای تک نسخه ای صرفاً با ارائه گواهی پزشکی متخصص مربوطه مبنی بر لزوم مصرف دارو و ذکر نام بیماری به همراه ارائه مدارک تشخیصی مورد نیاز و در صورت تهیه از مراکز دولتی و یا داروخانه های معتبر مطابق مفاد قرارداد در تعهد می باشد. (برای ارائه به مرکز غیر طرف قرارداد است)

۱-۲- ج) داروهای پوست و مو:

✓ کلیه اقلام آرایشی و بهداشتی نظیر کرم های لایه بردار، پماد، سفید کننده، ضد آفتاب، ضد چروک، ضد لک و ... خارج از تعهد می باشد.

✓ کرم های تجویز شده ای که تولیدات کارخانه های آرایشی - بهداشتی است قابل پرداخت نمی باشد.

✓ دارو های ضد ریزش مو و یا تقویت کننده رویش مو که جدیه درمانی ندارد در تعهد نمی باشد.

✓ داروهای نظیر راکوتان که مربوط به درمان جوش و آکنه هستند صرفاً با تجویز پزشک متخصص معالج و ذکر دلیل مصرف و تأیید پزشک متخصص معتمد قابل پرداخت است.

✓ داروهای ترکیبی که اقلام آماده آرایشی در آنها استفاده شده خارج از تعهد می باشد (مانند کرم های لایه بردار)



شامپو، کرم، پماد و صابون‌هایی که استفاده از آنها در درمانی دارد فقط با تجویز پزشک متخصص پوست
و تأیید پزشک معتمد در تعهد می‌باشد **بیمه‌سینا**



بیمه‌سینا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

ضمیمہ (۱)
سہ ماہی

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدرک مورد نیاز جهت تأیید
۱	تالاسمی	ارائه جواب آزمایش خون و الکترولیت هموگلوبین (الکتروفورسیر)
۲	هموفیلی	ارائه تست فاکتورهای انعقادی، جواب آزمایش خون، تست فعال شدن نسبی ترومبوپلاستین، تست زمان پروترومبین، تست فیبرینوژن
۳	دماسوز (خونی و صفاتی)	ارائه کارت الیمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه‌ها
۴	مانتیل اسکروزیس - ام اس	جواب ام آر آی مغز و نخاع و یا کارت الیمن ام اس
۵	سرطانها (cancer)	جواب پاتولوژی + نسخ تجویزی
۶	پارکینسون	ارائه نسخه پزشک متخصص مغز و اعصاب
۷	هیپاتیت	ارائه جواب آزمایش‌های هیپاتیت
۸	ایدز	ارائه جواب آزمایش ایدز
۹	شیعوی درمانی و رادیو تراپی	ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد + نسخه‌های تجویزی
۱۰	متابولیک مرکزی متابولیک	ارائه جواب آزمایش دراز که نشان دهنده میزان زیاد سونکوبی ساکارید در آن است و نسخ پزشک متخصص، ارائه جواب پاتولوژی بافت در گریز
۱۱	بال پروانه ای	ارائه جواب نمونه‌برداری از پوست بیمار
۱۲	صرع مقاوم به درمان	نوار مغز - نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب
۱۳	SMA	نوار عصب و عضله و آزمایشات + نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب
۱۴	اوتیسم	نسخه پزشک معالج روانپزشک فوق تخصصی کودکان
۱۵	CF (سیستیک فیبروزیس)	آزمایشات تخصصی
۱۶	پمپه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سونوگرافی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۷	گوشه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سونوگرافی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۸	نیمن پیک C/D	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سونوگرافی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۹	دیستروفی عضلات دوش	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۰	دیستروفی عضلات گردن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۱	پیوند کلیه	استاد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۲	پیوند کبد	استاد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۳	پیوند قلب	استاد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۴	پیوند ریه	استاد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۵	پیوند پانکراس	استاد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۶	پیوند روده	استاد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۷	پیوند قریه	استاد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۸	پیوند دانه‌های ریه	استاد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۹	پیوند سینه‌ای خون ساز (مغز استخوان)	استاد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی

ادامه ضمیمه (۱) بیمه سینا

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تایید
۳۰	سکته قلبی	نوار قلب + آزمایشات + مدارک بیمارستانی + نسخ تجویزی
۳۱	سکته مغزی ایسکمیک	CT Scan در نوبتهای متوالی + نسخ تجویزی
۳۲	سکته مغزی هموراژیک	MRI - CT Scan یا آنژیوگرافی مغزی + نسخ تجویزی
۳۳	پرفشاری شریان ریوی	آنژیو اسکن + تشخیص پزشک + داروهای تجویزی
۳۴	رشدیافتگی	عکسبرداری تخصصی شبکه چشم + نسخ تجویزی
۳۵	رونی نرمن	نسخ تجویزی رولپزشک
۳۶	دیستروفی کورینا شانه و لگن، دیستروفی FSHD دیستروفی مادرزادی و میوئیتی (غیر دوشن)	نوار عصب و عضله + نسخ داروهای تجویزی
۳۷	نارسایی مزمن کلیه	مرونوگرافی - اسکن کلیهها + نسخ تجویزی
۳۸	متابولیک ام پی اس	آزمایش اختصاصی
۳۹	نقص سیستم ایمنی اولیه	آزمایش اختصاصی
۴۰	فیلن کتونوری کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۱	فیلن کتونوری غیر کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۲	تیروزینمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۳	بیماری ارثی شربت افرا (MSUD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۴	اختلال اسکال اوره (NAGS deficiency)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۵	اختلال اکسیداسیون اسیدهای چرب (MCADD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۶	گلوکاتریک اسیدوزی	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۷	هموسیتوزی کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۸	هموسیتوزی غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۹	میل مالونیک اسیدوزی کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۰	میل مالونیک اسیدوزی غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۱	پروپیونیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۲	ایزوالریک اسیدمی (IVA)	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۳	اختلال ارگاتیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۴	آدنونکو دیستروفی (ALD)	اسکن + آزمایش
۵۵	گلاکوزمی	آزمایش
۵۶	مرد جذب گلوکز گلاکتوز (GGMA)	آزمایش
۵۷	هایپو لیپوپروتینمیا	آزمایش
۵۸	هیپو بتالیپوپروتینمیا	آزمایش
۵۹	آنتی لیپوپروتینمیا	آزمایش
۶۰	کمبود آدنوزین کیناز (Adenosine kinase deficiency)	آزمایش اختصاصی
۶۱	سلیاک	آزمایش + اسکن یا MRI + آندوسکوپی و کولونوسکوپی



بیمه سینا
شعبه خرم‌آباد
کد ۰۲۸۵

شماره
تاریخ
پیوست



بیمه سینا

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

نام خانوادگی : نام :

کد ملی : تاریخ تولد :

نسبت با بیمه شده اصلی :

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

اگر جواب بالا مثبت است لطفاً مدت زمان و آخرین سال دوره پوشش را ذکر فرمایید :

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

☐

پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

☐

به دلیل بیماری

☐

به دلیل نیاز به عمل جراحی

لطفاً نوع عمل را ذکر نمایید :

تعهد نامه :

اینجانب اعلام می نمایم که به کلیه سئوالات بدون کتمان حقیقت پاسخ داده و در صورت اثبات خلاف موضوع ضمن فسخ قرار داد.

شور و زخم بیمه گر را جبران خواهم نمود

تأیید بیمه شده اصلی :

امضاء :

امضاء :

نام و نام خانوادگی :

شرکت بیمه مجاز

شرکت سهامی بیمه



بیمه سینا

شعبه خرم آباد

کد ۱۰۲۸



بیمه سینا

جدول تعرفه های اوزن و پروتز و وسایل کمک پزشکی

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
1	ساخت و تعمیر دندان مصنوعی	6-0,000,000
2	پارامیل دندانهای ثابت هر دندان	25,000,000
3	نیمه عینک طبی	25,000,000
4	عینک طبی (فریم و نیمه عینک)	75,000,000
5	کنتاکت لنز (یک جفت)	65,000,000
6	خرید و تعمیر سمک برای یک یا دو گوش	1,500,000,000
7	چشمه مصنوعی	45,000,000
8	سندل پروتکلر (دوبلر)	3-0,000,000
9	جثرد مصنوعی (سر و کمر)	6-0,000,000
10	دستگاه محرک عصبی	125,000,000
11	عصا	3-0,000,000
12	راکر	55,000,000
13	20 کفش کلاک فوت ریم	13,000,000
14	30 تا 21 کفش طبی شماره	15,000,000
15	35 تا 31 کفش طبی شماره	125,000,000
16	به بالا 35 کفش طبی شماره	2-0,000,000
17	کوتاهی کفش از یک تا سه سانت هر سانت	12,500,000
18	کوتاهی کفش از سه سانت به بالا هر سانت	25,000,000
19	کفی پد (پد) صورت کفش داخلی	6-0,000,000
20	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از یک تا سه سانت	25,000,000
21	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از سه سانت به بالا	1-0,000,000
22	مچ بند طبی	2-0,000,000
23	لیمیتن تالوسیس و تالوس از نوع بند دایره ای (یک زوج)	12,500,000
24	کفی چرمی یا پلیمری (یک جفت)	2-0,000,000
25	کفی آلومینیومی یا سبورت	6-0,000,000
26	کف طبی چرمی آماده یا مایه و پدمانتال (یک جفت)	25,000,000
27	سال 8 آلومینیم فلفل زانو	15,000,000
28	سال به بالا 8 آلومینیم فلفل زانو	125,000,000
29	سال 15 کمر بند یا فلفل زانو یک طرفه	88,000,000
30	سال 15 تا 18 کمر بند یا فلفل زانو یک طرفه	105,000,000
31	سال 18 کمر بند یا فلفل زانو دو طرفه	55,000,000
32	سال به بالا 18 کمر بند یا فلفل زانو دو طرفه	61,000,000
33	بریس ایرونی از آسبل	22,000,000
34	سال 13 Lung-Legbrace آلومینیم بلند یکطرفه بدون فلفل زانو	1-0,000,000
35	سال به بالا 13 آلومینیم بلند یک طرفه بدون فلفل زانو	125,000,000
36	سال 13 آلومینیم بلند یک طرفه با فلفل زانو	125,000,000
37	سال به بالا 13 آلومینیم بلند یک طرفه با فلفل زانو	2-0,000,000
38	سال 13 آلومینیم بلند قوی با کرست ساق و زانو	6-0,000,000
39	سال به بالا 13 آلومینیم بلند قوی با کرست ساق و زانو	25,000,000
40	بریس کوتاه دو طرفه Short Leg brace - bilateral (4 تا 7 سال)	1-0,000,000



بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

ادامه ضمیمه (۳)

بیمه‌سینا

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
۴۱	سال ۱۵ ت لمبوس کوتاه دو طرفه	15,000,000
۴۲	سال به بالا لمبوس کوتاه دو طرفه	20,000,000
۴۳	brace Leg Short سال ۵ تا ۵۵ بریس کوتاه یک طرفه	50,000,000
۴۴	سال ۱۵ ت گبریس کوتاه یک طرفه	75,000,000
۴۵	بریس کوتاه یک طرفه بزرگسال	10,000,000
۴۶	سال ۱۳ اسپلینت در لب فوت تا	8,000,000
۴۷	سال ۱۸ تا ۱۳ اسپلینت در لب فوت	13,000,000
۴۸	سال به بالا ۱۳ اسپلینت در لب فوت	18,000,000
۴۹	سال ۱۳ اسپلینت کوتاه جرمی کوکاب تا	24,000,000
۵۰	سال به بالا ۱۳ اسپلینت کوتاه جرمی کوکاب	25,000,000
۵۱	سال ۱۳ اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاب تا	40,000,000
۵۲	سال به بالا ۱۳ اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاب	45,000,000
۵۳	اسپلینت دینامیک لثت و مخ	40,000,000
۵۴	سال ۱۳ اسپلینت دینامیک فتردی تا	40,000,000
۵۵	سال ۱۸ تا ۱۳ اسپلینت دینامیک فتردی	40,000,000
۵۶	سال به بالا ۱۳ اسپلینت دینامیک فتردی	42,000,000
۵۷	اسپلینت ارتعاش تا فصل فوسر	54,000,000
۵۸	بریس شکم تا ران	20,000,000
۵۹	تایمپال استنشن (زانو تا شانه)	18,000,000
۶۰	دیس برلین ستون فقرات	24,000,000
۶۱	لنت بریس یا مفصل پس ستون فقرات	70,000,000
۶۲	کشت بریس مربع	275,000,000
۶۳	بریس استنشن (استن فقرات) بزرگسال	225,000,000
۶۴	سال ۱۳ لمبوس اسپلینت (استن فقرات) تا	125,000,000
۶۵	سال ۱۳ تا ۱۳ (تا T.S.D) کمربست تورا کولومبوساکرال	51,000,000
۶۶	سال ۱۴ تا ۱۳ (تا T.S.D) کمربست تورا کولومبوساکرال	108,000,000
۶۷	سال ۱۳ تا ۱۳ کمربست جرمی یا پلاستیکی (استن فقرات) تا	51,000,000
۶۸	سال به بالا ۱۳ تا ۱۳ کمربست جرمی یا پلاستیکی (استن فقرات)	152,000,000
۶۹	بریس همی استنشن جوات (استن فقرات) تا ۱۳ سال	125,000,000
۷۰	سال به بالا لمبوس همی استنشن جوات (استن فقرات)	140,000,000
۷۱	بریس گردن هالو (فقری یا چهار میله)	450,000,000
۷۲	سویس بریس برای آون	220,000,000
۷۳	بروز گذارین (تمام تحتانی)	3,000,000,000
۷۴	بروز ری زانو (تمام تحتانی)	2,500,000,000
۷۵	پنجه کریشر خارجی (تمام تحتانی)	150,000,000
۷۶	پنجه تمدد لاستیکی خارجی (تمام تحتانی)	150,000,000
۷۷	پنجه بیرونکول خارجی (تمام تحتانی)	1,000,000,000
۷۸	پنجه مفصل خار خارجی (تمام تحتانی)	175,000,000
۷۹	پنجه سنج فوت آونی (تمام تحتانی)	135,000,000
۸۰	بریس زانو برای ای بی	50,000,000



بیمه‌سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
۸۱	وسیل اندام	87,500,000
۸۲	(تاندومیت دگورل) hump wrist	54,000,000
۸۳	وسیل دستین	600,000,000
۸۴	دستک صورت (چانه بند)	22,000,000
۸۵	سپلینک زانو	22,000,000
۸۶	پلویا (زان و ساق)	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۸۷	نگشت هرنگه که حدوداً سه انگشت را پوشش می دهد	۱۰۸,۰۰۰,۰۰۰
۸۸	(40x30 cm) شیت ورده ای برای ناحیه شکم و پشت (بند)	۵۴,۰۰۰,۰۰۰
۹۰	پروتز کره چشم	85۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۱	دستک مچ	۲۶۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۲	کیسول آلتیمین	۱۶۸,۰۰۰,۰۰۰
۹۳	زانو بند متصل خار	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۴	زانو بند پلاستیک	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۵	امدادی بریس	۱۵۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۶	وسیل میالانگ از زانو تا استخوان هرات	4۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۷	وسیل زانو تا استخوان هرات	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۸	سپلینک دندانک مع (اسپلینک عصبانی)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۹	پروتز سایه (اندام عصبانی)	1,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۰	پروتز زانو (اندام عصبانی)	1,5۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۱	پروتز زانو (اندام عصبانی)	2,0۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۲	پروتز زانو (اندام عصبانی)	2,0۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۳	پروتز زانو (اندام عصبانی)	25۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۴	پروتز زانو (اندام عصبانی)	2,5۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۵	پروتز مچ دست (اندام عصبانی)	1,0۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۶	پروتز مچ دست (اندام عصبانی)	1,25۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۷	دستک اسپینر	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۸	دستک spap	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۹	جواب وایرس کوبه	۱۴,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۰	جواب وایرس وایر	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۱	زوبند	۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۲	کوزک بند برافش	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۳	کیسه بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۴	گرمکن بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۵	دستک بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۶	دستک کتونی برای قدم و روی مان	۲۵,۰۰۰,۰۰۰



ردیف	کد	شرح کد	نرخه (ریال)
۱	۹۶۰۰۳۰	کشیدن بخیه تا (۱۰) گره	۱,۹۸۰,۰۰۰
۲	۹۶۰۰۳۱	کشیدن بخیه بیش از (۱۰) گره	۲,۹۶۰,۰۰۰
۳	۹۶۰۰۴۰	تعویض پانسمان تا (۲۰) سانتی متر	۱,۱۲۰,۰۰۰
۴	۹۶۰۰۴۱	تعویض پانسمان بیش از (۲۰) سانتی متر	۱,۶۵۰,۰۰۰
۵	۹۶۰۰۵۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیمارانی دارای زخم بستر سطح یک برای یک ناحیه	۱,۳۴۰,۰۰۰
۶	۹۶۰۰۵۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیمارانی دارای زخم بستر سطح یک به ازای هر ناحیه اضافه	۶۷۰,۰۰۰
۷	۹۶۰۰۶۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیمارانی دارای زخم بستر سطح دو برای یک ناحیه	۱,۹۸۰,۰۰۰
۸	۹۶۰۰۶۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیمارانی دارای زخم بستر سطح دو به ازای هر ناحیه اضافه	۹۹۰,۰۰۰
۹	۹۶۰۰۷۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیمارانی دارای زخم بستر سطح سه برای یک ناحیه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی باشد)	۲,۵۸۰,۰۰۰
۱۰	۹۶۰۰۷۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیمارانی دارای زخم بستر سطح سه به ازای هر ناحیه اضافه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی باشد)	۱,۳۰۰,۰۰۰
۱۱	۹۶۰۰۸۰	پانسمان در موارد سوختگی (درجه دو تا ۱۵ درصد سوختگی)	۲,۶۴۰,۰۰۰
۱۲	۹۶۰۰۸۵	پانسمان زخم پی دیایش سطح ۱ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۱,۸۴۰,۰۰۰
۱۳	۹۶۰۰۹۰	پانسمان زخم پی دیایش سطح ۲ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۲,۶۴۰,۰۰۰
۱۴	۹۶۰۰۹۵	پانسمان زخم پی دیایش سطح ۳ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۲,۱۵۰,۰۰۰
۱۵	۹۶۰۱۰۰	دیربازمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای برای یک ناحیه	۲,۶۳۰,۰۰۰
۱۶	۹۶۰۱۰۱	دیربازمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای هر ناحیه اضافه	۱,۸۱۰,۰۰۰
۱۷	۹۶۰۱۲۰	تعویض کمتر با سوند مثانه (فوقی) (شامل هزینه های مصرفی، سوند فولی و ست ارنه خدمت)	۲,۵۴۰,۰۰۰
۱۸	۹۶۰۱۲۵	خارج کردن سوند ادراری یا فوقی	۱,۳۱۰,۰۰۰
۱۹	۹۶۰۱۵۰	خون گیری وریدی یک یا چند بار مثل تست تحمل گلوکز یا دستور پزشک ۱- این کد برای خون گیری وریدی، توسط آزمایشگاه های تشخیصی طبی نیز قابل گزارش و اخذ می باشد. ۲- برای خون گیری وریدی مراکز مراقبت پرستاری در منزل در صورتیکه با یک آزمایشگاه تشخیصی و طبی، برای انجام خدمت قرارداد داشته باشند، می توانند از این کد استفاده کنند.	۶۷۰,۰۰۰
۲۰	۹۶۰۱۶۰	سرم تریپس در منزل (به همراه هر معاد داروی داخل سرم)	۲,۱۳۰,۰۰۰
۲۱	۹۶۰۱۶۵	تزریق دارو داخل عضله یا زیر جلدی به ازای هر تزریق	۶۱۰,۰۰۰
۲۲	۹۶۰۱۷۰	تزریق داخل وریدی به ازای هر تزریق (شامل داروهای ریخته شده در سرم نمی باشد)	۹۹۰,۰۰۰
۲۳	۹۶۰۲۰۵	گذشتن یا تعویض لوله بینی - معده ای یا دستور پزشک	۲,۱۵۰,۰۰۰



۱۵۲۸/۲۰۲۹۷
۱۴۰۵/۳/۱۰

شماره
تاریخ
پیوست



شرایط پیوست بیمه نامه تامین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق لرستان ۱۴۰۵

- ۱- مدت زمان پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان کمتر از یک هفته می باشد.
- ۲- هزینه حق فنی داروخانه یا فرانشیز ۵ درصد بر عهده بیمه گر می باشد.
- ۳- مهلت پرداخت حق بیمه از طرف بیمه گزار دوماه بیشتر از سقف تعیین شده در قرارداد می باشد.
- ۴- انعقاد قرارداد با مراکز دندانپزشکی (عمومی، متخصص درمان ریشه) در خرم آباد یا حداقل ۲۵ مرکز و هر شهرستان حداقل ۱۰ مرکز
- ۵- پرداخت هزینه های دندانپزشکی تا سقف ۵۰ درصد بیشتر از بالاترین تعرفه مصوب با کسر ۵ درصد فرانشیز تعهد می گردد
- ۶- انعقاد قرارداد با مراکز درمانی پاراکلینیکی و سربایی در هر رشته به تعداد ۲۰ مرکز
- ۷- انعقاد قرارداد با پزشکان متخصص و فوق تخصص در تمام رشته های درمانی در سطح استان به تعداد ۱۵۰ مرکز
- ۸- قرارداد با داروخانه های شبانه روزی و عادی در سطح استان به تعداد ۱۰۰ مرکز
- ۹- حضور یک نفر کارشناس خبره در حوزه ستادی و شهرستانهای شرکتهای بیمه گزار جهت دریافت نسخ و هزینه های درمانی بیمه شدگان
- ۱۰- حضور پزشک عمومی و متخصص و روانشناس در حوزه ستادی بیمه گزاران بصورت هفتگی
- ۱۱- انعقاد قرارداد با بیمارستانهای سطح استان به تعداد ۲۰ مرکز و هر شهرستان حداقل ۱ بیمارستان
- ۱۲- بیمه گر متعهد می گردد که نسخ دارویی تجویز شده مورد تعهد را در طول قرارداد حداقل بمدت مصرف ۴ ماه تقبیل نماید و جهت جلوگیری از مشکلات بیمه شدگان در انتها قرارداد تا یکماه پس از انقضای بیمه نامه محاسبه و تحویل نماید.

شرکت توزیع نیروی برق لرستان

مدیرعامل
سپهرزاد جمشیدی



صنوبر

شرکت بیمه سینا

شعبه خرم آباد

حیدررضا معتمدی

Handwritten signature of Haidarرضا معتمدی



بیمه سینا

شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸