

شماره: ۱۷۰۸/۳۲۵۳
تاریخ: ۱۴۰۵/۰۴/۲۵
پیوست: ۲



شرکت آب و فاضلاب استان لرستان
(سهامی خاص)

بسمه تعالی

شرکت بیمه سینا سرپرستی استان لرستان

موضوع: ابلاغ قرارداد

با سلام و احترام

به پیوست یک نسخه قرارداد منعقد در خصوص پوشش درمان پایه و تکمیلی شاغلین

و درمان تکمیلی، عمر و حادثه بازنشستگان شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

جهت اجرا ابلاغ می گردد.

نورالدین نوریزدان

رئیس هیئت مدیره و مدیرعامل

۱۰۲۸/۲۰۲۷۶

۱۴۰۵/۰۴/۱۰

ندارد

شماره
تاریخ
پیوسته

بیمه سینا

مدیر عامل شرکت آب و فاضلاب لرستان

جناب آقای مهندس نوریزدان

باسلام و احترام

عطف به صورتجلسه مورخ ۱۴۰۵/۰۴/۰۹ شوری 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 مرمسمدی
رئیس شعبه خرم آباد

بیمه سینا

شعبه خرم آباد
۱۰۲۸۵۵

بیمه سینا

بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه های درمان و پوشش هزینه های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، بین شرکت آب و فاضلاب لرستان به نمایندگی آقای نورالدین نوریزدان به کد ملی ۵۹۲۹۴۱۱۲۱۰۳ 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، آئین 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) منعقد 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:

تاریخ صدور: ۱۴۰۵/۰۴/۱۰

درمان شاغلین: ۱۴۰۵/۱۳۱/۱۰۲۸/۱۰۲۸/۳

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

عمر و حادثه بازنشستگان: ۱۴۰۵/۱۱۲/۱۰۲۸/۱۰۲۸/۳

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

درمان تکمیلی بازنشستگان:

شناسه ملی بیمه گر: ۱۰۱۰۲۵۲۹۰۰۶

شناسه ملی بیمه گذار: ۱۰۸۶۱۲۶۵۳۰۸

کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۱۳۳۴۱۶۴۴۶۵

کد اقتصادی بیمه گذار: ۴۱۱۱۶۳۴۳۶۱۵۴

شماره ثبت بیمه گر: ۲۱۱۴۳۹

شماره ثبت بیمه گذار: ۱۳۱۴


بیمه سینا

شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان

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 بیمه‌شدگان 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 شهدی کاکاوند شرقی-پلاک ۷۱
کد پستی: ۶۸۱۳۹۳۶۴۵۵

ماده ۳ - بیمه‌گذار: به نشانی: خرم آباد - بلوار شهید شفیع پور کد پستی: ۶۸۱۷۸۵۵۳۷۱

ماده ۴- بیمه‌شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی دائم و مدت معین، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرارداد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه‌گر پایه شرکت بیمه‌گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان به تفکیک ذیل.

تبصره ۱: بیمه‌گذاران موظف به اعلام اسامی بیمه‌شدگان (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، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه افراد تحت پوشش آنان می‌باشد و پوشش بیمه‌ای این افراد بدون درنظر گرفتن شرایط آنان در بیمه پایه، همانند بیمه‌شده اصلی (به فرم تکمیلی) و حق بیمه یکسان با بیمه‌شده اصلی است.

۴-۱- فرزندان پسر تحت تکفل حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر (مدت اعتبار معافیت تحصیلی بعد از فارغ‌التحصیلی 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 با ارائه گواهی معتبر 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 ۴-۱ 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 بیمه‌شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.

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

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

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا
شعبه خرم‌آباد

تبصره ۴: فرزندان ذکور در حال انجام خدمت سربازی همانند تحت تکفل تحت پوشش خواهند بود. **بیمه‌بنا**
۴-۲: فرزندان دختر به شرط عدم ازدواج، عدم اشتغال به کار و عدم اشتغال به کار محسوب می‌شوند. در صورت اشتغال به کار و عدم ازدواج می‌توانند بصورت غیر تحت تکفل پوشش داشته باشند.

۴-۳: فرزندان بیمه‌شده اصلی اناث بارعایت 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 با 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 مبنی 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 کلیه 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 تبعی ۱ از طرف بیمه‌شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی مبنی 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 شرائط 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 مثبت 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 مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار، از زمان تحت تکفل قرار گرفتن فرد، تحت پوشش خواهند بود.

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه‌بنا
 شعبه خرم‌آباد
 کد ۱۰۲۸

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، بازنشسته، انتقال، انفصال از خانواده، اخراج، تعلیق، مأمور، مرخصی طولانی مدت (استعلاجی و 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 ارسال گردد. در غیر اینصورت 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 ۳ 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- شاغلین:

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 تامین اجتماعی بابت هریک 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 هریک از افراد دارای مرخصی بدون حقوق و هریک از افراد تحت پوشش آنها

۲-۶- افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه‌بنا

شماره
پیوست
۱-۲-۶ - مبلغ ۳۸,۰۰۰,۰۰۰ (سی و هشت میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت همسر غیرتحت تکفل کارکنان اناث و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان و فرزندان ذریعہ بیمہ تکفیل و همسر آنان.

۲-۲-۶ - مبلغ ۲۸,۰۰۰,۰۰۰ (بیست و هشت میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر، غیرتحت تکفل بیمه- شده اصلی.

۳-۶ - مبلغ 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 کلیه بندهای آن همانند شاغلین خواهد بود اما کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کارافتاده می شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی (در صورت دارا بودن دفترچه درمانی) با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان پوشش های مندرج در تفاهم نامه را دریافت نمایند در غیر این صورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد دریافت نمایند.

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

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

بیمه گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت سی روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر به شماره حساب ۴۴۵۰۰۰۰۳۸۰ نزد بانک ملت شعبه میرداماد کد ----- به نام شرکت بیمه سینا پرداخت نماید. بر این اساس بیمه گر نیز مکلف به پرداخت خسارت بر طبق زمان بندی 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 ذیربط (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 بیمه گر طرف قرارداد از طریق شرکت مادر تخصصی و یا شرکت بیمه گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی وزارت نیرو و نماینده بیمه گر نحوه برخورد با موضوع ظرف مدت یک ماه پس از دریافت اعلام کتبی شرکت مادر تخصصی یا شرکت بیمه گر تعیین گردد. شرکت بیمه گر بدون طی مراحل فوق، به هیچ عنوان اجازه قطع خدمات به بیمه گذار را ندارد. در صورت حصول نتیجه مبنی بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار براساس زمانبندی تعیین شده در صورتجلسه تنظیمی فی مابین، و عدم پرداخت حق بیمه، بیمه گر در ارتباط با قطع خدمات محق خواهد بود.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

ماده ۸ - تعهدات بیمه‌گر: بیمه‌گر بعد از دریافت اسامی بیمه‌شدگان موضوع بند ۱-۵ با ارسال پیامک در ضمن اعلام برقراری پوشش برای بیمه‌شده اصلی و افراد بیمه‌شده وی در راستای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت ماده ۱۱ از بخش اول بیمه‌نامه و جزءهای "الف" و "ث" از ماده ۷۰ قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران برقرار خواهد شد لذا کلیه مواردی که در فصل سوم این بیمه‌نامه ذکر از عناوین آن نشده مورد تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد.

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

- در صورت ادامه طرح درمان در زمان بستری به بعد از اتمام دوره قرارداد، بیمه‌گر قبلی تعهد پرداخت خسارت را تا حداکثر دو ماه بعد از اتمام قرارداد (۱۴۰۵/۵/۳۱) بعهد خواهد داشت و در صورت ادامه طرح درمان بعد از موعد فوق هزینه‌های بعد از تاریخ مذکور، به قرارداد و بیمه‌گر جدید منتقل می‌شود. بدیهی است کل مبلغ خسارت قابل پرداخت به بیمه‌شده از زمان بستری تا زمان ترخیص بعهد بیمه‌گر قبلی بوده و تهاثر سهم پرداختی بیمه‌گران قبلی و فعلی صرفاً مسئله مالی بین دو بیمه‌گر بوده و بیمه‌شده دخالتی در اینگونه مسائل نخواهد داشت.
 - در موارد پرتو درمانی و خدمات توانبخشی (گفتار درمانی، کار درمانی و فیزیوتراپی) که سیر درمان منقطع می‌باشد، هر بیمه‌گر متعهد پرداخت هزینه‌های بازه زمانی قرارداد خود است و می‌بایست صورتحساب تفکیکی ارائه گردد، در غیر اینصورت با ارائه کپی مدارک برابر اصل شده توسط بیمه‌گر قبلی و رسید پرداخت آن، بیمه‌گر دوره بعدی متعهد پرداخت خواهد بود.
 - هزینه مراقبت پرستاری مندرج در صورتحساب بیمارستانی مطابق مصوبه هیئت وزیران توسط بیمه‌گر با کسر فرانشیز پرداخت می‌گردد.
 - 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 بیمه‌گر، به علت بیماری، عوارض ناشی از درمان، آسیب دیدگی یا ناتوانی جسمی یا عصبی، به طور موقت یا دائم فاقد توانایی جابه‌جایی 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 تعرفه‌های 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 مراقبت‌های ICU در منزل با دستور پزشک متخصص معالج و ارائه مدارک معتبر بیمه‌شده موظف است در مرحله نخست از بیمه‌گر 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 بیمه‌گر) هزینه انجام خدمت توسط مراکز دارای مجوز بر اساس فاکتور معتبر با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت است.
- تبصره ۱:** در صورت پذیرش بیمه‌شده در مراکز طرف قرارداد (اعم از بیمارستانی، پاراکلینیکی، داروخانه و دندانپزشکی) و صدور معرفی‌نامه، اخذ هر گونه وجهی از بیمه‌شده در زمان ترخیص توسط مرکز درمانی به غیر از فرانشیز و موارد خارج از تعهد بیمه‌گر مطابق مفاد این قرارداد ممنوع بوده و در صورت وقوع، وجوه دریافتی مازاد در صورتحساب مراکز درمانی می‌بایست توسط شرکت بیمه‌گر با عنایت به بند "ب" ماده ۸-۱ در وجه بیمه‌شده کارسازی گردد. همچنین در صورت قرار گرفتن هزینه پروتز (با لحاظ نمودن هزینه‌های مرتبط با بند ۷-۸ و تبصره ذیل آن) در صورتحساب مرکز به نام بیمه‌شده مشمول پرداخت توسط بیمه‌گر بر طبق شرایط این تبصره خواهد بود.

تبصره ۲: درمورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های 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 هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت 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).

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.

۱-۸- 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 اتاق 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 صفاقی) و بیماری‌های صعب‌العلاج (از جمله ام‌اس، کانسر، پارکینسون، هیپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای،

عضلات غیر دوشن، رتینوپاتی، سکته مغزی ایسکمیک، سکته مغزی هموراژیک، سکته قلبی و اقدامات درمانی مرتبط با آن، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و طبعی، درمان انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، پانکراس، مولتی ویسرال، ریه و کلیه و سایر جراحی‌های تخصصی) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اطلاق عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های ناشی از آن که مورد اختلاف طرفین می‌باشد موضوع 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.

تبصره: 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 بیمار خاص و صعب‌العلاج لحاظ نموده است، بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

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

۲-۸- در خصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سرپایی 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، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، نوروفیدبک، کایروپراکتیک، طب سوزنی، اوزن تراپی (صرفاً جهت درمان انواع زخم)، فصد خون با تجویز پزشک متخصص طب سنتی و حداکثر ۴ بار در طول قرارداد، PRP، QEEG، rTMS، تزریق سلولهای بنیادی، لیزر درمانی، لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداشدگی شبکیه، قوز قرنیه و ...)، خدمت آب درمانی در صورت تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص مرتبط (ارتوپد، مغز و اعصاب، طب فیزیکی و توانبخشی، جراح عمومی، متخصص طب ورزشی، فلوشیپ درد، روماتولوژیست، فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان) و انجام در مراکز دارای مجوز در صورت ارائه توسط فیزیوتراپیست یا 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 تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با رعایت کلیه تبصره‌های ذیل ماده ۸ پرداخت می‌شود.

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

۴-۸- 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.

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

۶-۸- 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 بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد.

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

تبصره ۱: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند چنانچه پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آن داروی خارجی را تأیید نماید (در غیر این صورت بر روی نسخه می بایست از طرف پزشک معتمد بیمه گر با ذکر علت انجام شده باشد) با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران می باشد. در صورت عدم تأیید داروی خارجی که تولید داخلی دارد هزینه داروی داخلی پرداخت می شود.

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 بیمه گر (در صورت عدم تأیید نام داروی مرتبط با بیماری و میزان مصرف آن توسط بیمه گر، بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد)، بر اساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران است. در سایر موارد نیز با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بر اساس ضمیمه (۱) اقدام خواهد شد. همچنین پرداخت هزینه داروهای مرتبط با درمان بیماران خاص و صعب العلاج که قبلاً مجوز ورود از مراجع ذیصلاح داشته و هم اکنون نیز تجویز می شوند، موضوع در کمیسیون فنی شرکت بیمه گر مطرح و در ارتباط با نحوه پرداخت با نظر مثبت تصمیم گیری می شود. داروهای مکمل برای اینگونه از بیمه شدگان در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و یا متخصص تغذیه، با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است.

تبصره ۳- هزینه سرنگ، قلم و سرسوزن قلم انسولین، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین و انواع پانسمان که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد و همچنین هرگونه تزریقات با جنبه درمانی بر اساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره های 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 می بایست دارای فاکتور مهور 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 بیمه گر 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 بیمه گر 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 با ارائه فاکتور معتبر شرکت تجهیزات پزشکی به میزان سقف تعیین شده در جدول ضمیمه (۳)، در تعهد بیمه گر خواهد بود.

تبصره ۵- بیمه گر تعهد می نماید تا کلیه داروخانه های طرف قرارداد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- داروخانه های منتخب طرف قرارداد (بیمه گر موظف است ضمن اعلام اسامی داروخانه های منتخب قبلاً اسامی بیماران خاص و صعب العلاج را به داروخانه های مذکور از طرق مقتضی اعلام کرده باشد، برای دریافت دارو از اینگونه داروخانه ها به علت نداشتن بیمه پایه نباید محدودیتی اعمال شود) با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه گذار برای بیماران خاص و صعب العلاج تا سقف ۶۰۰۰۰۰۰۰ (ششصد میلیون) ریال بدون معرفی نامه و تأیید بیمه گر برای داروهای مرتبط با بیماری خاص و صعب العلاج

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

۳- از آنجا که بیمه‌شدگان شاغل و افراد خانواده آنها پوشش از طرف بیمه‌گر پایه ندارند لذا بیمه‌گر مکلف به 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 سیزده 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 حلقون 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 (بجز دندان) و یا استفاده از پروتز و یا ترمیم نقص انجام می‌شود با رعایت بند ۱ از ماده ۱۱ با کسر فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بر عهده بیمه‌گر می‌باشد.

۸-۸ - هزینه خرید وسایل کمک توانبخشی، پروتزا 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، پروتزا 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، قرنیه، 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 لاپاراسکوپي درمانی، IVF، IUI، 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 مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در هر مورد داخل شهری ۳۰۰۰۰۰۰۰ (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 (هفتصدمیلیون) ریال در هر مورد بین شهری براساس هزینه طبق فاکتور

پیوست

بیمه‌سینا

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

۸-۱۲ - 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.

۸-۱۳ - 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.

۸-۱۴ - 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 درنظر گرفتن تعرفه با عنایت به تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با کسر فرانشیز می‌باشد.

۸-۱۵ - 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.

۸-۱۶ - 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.

۸-۱۷ - 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 کمیسیون موضوع جزء "ه" بند ۸-۱ مطرح و تصمیم‌گیری خواهد شد.

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

تبصره ۱: در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه‌گر هزینه‌های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از تاریخ تسویه مدارک، به بیمه‌شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می‌گردد.

- ۱۸-۸ - بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را در اختیار وی قرار دهد.
- ۱۹-۸ - 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.
- ۲۰-۸ - 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.
- ۲۱-۸ - بیمه‌گر موظف است قرارداد به همراه ضامنه 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 ضامنه 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 بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش
- سایر تعهدات مربوط به گروه دندانپزشکی عمومی منجمه 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 با 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 بروساژ با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بدون سقف و به دفعات می‌باشد. در صورت مراجعه بیمه‌شده به سایر بخش‌ها تعرفه بخش مربوطه ملاک محاسبه است، مراجع ذیصلاح 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 غیر تحت تکفل کارکنان انانث، فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت 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 غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی شاغل برای کلیه خدمات مربوط به دندانپزشکی اعم از ایمپلنت و سایر خدمات تا سقف مبلغ ۸۰۰۰۰۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال بصورت شناور برای بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح 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 تومور در صورتیکه منجر به بستری شود از محل تعهد بند ۱-۸، و در صورت انجام جراحی به صورت سرپایی از محل تعهد بند ۲-۸ قابل پرداخت است.

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

تبصره ۳: جبران هزینه‌های ارتودنسی، جرم‌گیری، روکش و بروساژ با 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 یا 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 آیین‌نامه 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 آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از حادثه و مواردی که بر عملکرد اندام بیمه‌شده تاثیرگذار 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 متفرقه 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.

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

- ۶- هر نوع چکاپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).
- ۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و ترفند آن را سوی 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 با تشخیص پزشک معالج.
- ۱۰- عوارض مستقیم ناشی از مصرف موارد 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 کارافتادگی: 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 حاوی 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 موظف است به پزشک مراجعه و دستورات وی را رعایت نماید. بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب راکتباً 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 ازکارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه:

۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور 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 ازکارافتادگی 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 برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸- بیمه‌گر متعهد است در صورت وقوع هریک 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 جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (پنج میلیارد) ریال

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است نسبت به ارسال پیوست برای بیمه‌گذاران در مورد سایر دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مربوط 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 خسارات معوق مربوط به سال جاری، ارسال شده به وزارت نیرو

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

شماره
پیوست
ج) محاسبه نسبت خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد براساس موارد زیر "الف" و "ب"

بیمه‌بنا

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.

ماده ۴- در صورت تمایل به ادامه همکاری طرفین به رغم عدم رعایت وظایف یک یا هر دو طرف براساس بخشهای اول و دوم این تفاهم‌نامه، مبنای محاسبه ارزش ریالی ارقام، در زمان تسویه، تاریخ قطع همکاری فی‌مابین 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 جرائم و ارزش ریالی ارقام (حق بیمه و غرامات) از لحاظ حقوقی به عهده شاکی خواهد بود.

ماده ۵- احراز تخلف بیمه‌شدگان و نحوه برخورد با آن، مستقل از دوره قرارداد در کمیته مشترک فی‌مابین بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشخص و تعیین خواهد شد، بدین منظور بیمه‌گذار یک هفته کاری پس از ثبت نامه بیمه‌گر در دبیرخانه بیمه‌گذار با 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 خاطی، 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

ماده 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.

ماده 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.

ماده 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.

ماده ۴- موارد مسکوت 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.

ماده 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.

ماده 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 فی‌مابین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافق‌نامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه‌بنا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

شماره
پیوست
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.

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 بخش های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می شود) 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 مازاد 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 غیرطرف قرارداد بیمه‌گر موظف به در نظر گرفتن تمهیدات لازم جهت پرداخت اولیه وجه مورد درخواست مرکز در زمان اقدام به بستری بیمه‌شده با هماهنگی بیمه‌گذار می‌باشد.

ماده ۱۱- بیمه‌گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده از پوشش درمانی در هر کجای کشور بدون انجام فرآیندهای 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 نیست را با رعایت اصل جانشینی پرداخت نماید.

ماده ۱۳- کلیه هزینه‌های مربوط به شیوع بیماری واگیردار (از قبیل واکسیناسیون، آزمایشات و ...) تحت پوشش بیمه خواهد بود.

ماده ۱۴- حق بیمه رشته‌های 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 بیز 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
وزارت نیرو

شرکت آب و فاضلاب لرستان

نورالدین نوریزدان ۵۹۲۹۴۱۲۱۸۳ مدیر عامل

شرکت آب و فاضلاب لرستان

بیمه‌گر

شرکت سهامی بیمه سینا (سهامی عام)

شعبه خرم آباد

حمیدرضا معتمدی ۴۸۵۹۸۶۹۵۹۱ مدیر شعبه

بیمه‌سینا

شعبه خرم آباد

کد ۱۰۲۸

بیمه سینا

ضمیمه (۱)

مدارک لازم برای:

الف - مراکز درمانی طرف قرارداد:

پذیرش بیمار (بیمه شده):

معرفی 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 پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت

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

تاریخ بستری (در صورت پذیرش غیر آنلاین) و رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه گر پایه یا کارت ملی

بیمه شده اصلی و تبعی (بیمار)

ب - مراکز درمانی غیر طرف قرارداد:

تبصره: اقلام هزینه‌ای آورده شده در صورت حساب مراکز درمانی که امکان ارتباط با درمان بیمه شده را داشته و منطبق با کتاب‌های ارزش نسبی است با احتساب فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.

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

۱- ب) تعهد بستری و بیمارستانی:

برای پرداخت خسارت، بیمه گر باستناد تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه، پس از دریافت مدارک ذیل، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه‌ای براساس کدهای تعرفه‌ای فهرست شده در صورت حساب مرکز درمانی بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با موضوع درمان می‌تواند باشد، مگر آنکه اقدامی منطبق و یا مرتبط با موضوع درمان نبوده و در صورت حساب باشد. کدهای جراحی که در صورت حساب مرکز درمانی قید شده و همپوشانی دارند قابل تأیید و پرداخت نمی‌باشند.

۱- اصل صورت حساب 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. (تصویر صورت حساب صرفاً در صورت استفاده از بیمه گر پایه و استعلام از آن بیمه مورد پذیرش است)

۲- اصل یا تصویر صورت حساب پزشکان ممهور 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 بیهوشی یا برگ بیهوشی اتاق عمل

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

۷- اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح و اتاق عمل مبنی

بر استفاده آن)

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

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

بیمه سینا

۹- در صورت خرید پروتز و و سایل پزشکی ضمیمه نمودن اصل فاکتور خرید معتبر ممهور 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 ممهور به مهر اتاق عمل و پزشک جراح الزامی است.

۱۱- در صورت انجام رادیوتراپی، اصل صورتحساب مرکز ممهور 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 فوق الذکر، منظور از تصویر، تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده بوده و صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمان ها (بیمه گران پایه یا بیمه گر تکمیلی دیگر) و ارائه پرینت واریزی از طریق سایت یا نامه پرداخت بیمه گر پایه، معتبر می باشد. در غیر این صورت اصل مدارک دریافت می گردد. (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 تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی ضروری است.
 - ۴- ارائه گزارش سی تی اسکن بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال الزامی است.
- بیمه شده 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 بیمه شده از خدمات مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد استفاده نماید فرآیند جبران خسارت به شرح ذیل می باشد:

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

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

نکات:

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

۱- بیمه‌شدگان بازنشسته ابتدا می‌بایست نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه اقدام نموده و سپس رتبه‌بندی را بر اساس اصل کلیه مدارک بیمارستانی به هیأت گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه را در مهلت مندرج در قرارداد تحویل نمایند، در غیر اینصورت مطابق مفاد تبصره ۳ از ماده ۸ قرارداد عمل خواهد شد.

۲- براساس مفاد قرارداد برای بیمه‌شدگان غیر تحت 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 سپتوپلاستی 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 پاتولوژی 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 (بای‌پس‌معدة، بالنگذاری و سایر اعمال مرتبط) در مورد بیمه‌شدگان تأییدیه پزشک معتمد قبل از عمل الزامی است. همچنین لازم است مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این خصوص رعایت گردد.

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

❖ انجام جراحی استئوتومی فمور و یا تییبی 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 سپتوپلاستی، 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 درمانگاه متعلق به 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 باستناد تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه و دریافت مدارک فوق، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه ای براساس کدهای تعرفه ای فهرست شده در صورت حساب 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 منطبق و یا مرتبط با دستور پزشک نبوده و در صورت حساب 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 امکان پذیر 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 یا بیش از دو اندام باشد ارائه مدارک ذیل الزامی می باشد (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است):

✓ ارائه رادیوگرافی یا 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 پرتوان، 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:

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

با توجه به اینکه جبران هزینه بیوفیدبک و گفتار درمانی و کاردرمانی در تعهد می‌باشد و ارائه مدارک
ذیل جهت پرداخت خسارت الزامی است

✓ 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 بیماری و گواهی پزشک معالج مبنی
بر نوع و شدت بیماری قابل بررسی و پرداخت می‌باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ در صورت نیاز به خدمات بیش از شش ماه، هزینه‌ها پس از ارائه گواهی پزشک معالج از روند سیر بیماری و بهبودی بیمار با خدمات فوق با تأیید پزشک معتمد قابل پرداخت می‌باشد (اوتیسم، فلج مغزی کودکان و موارد مشابه گواهی مذکور لازم نمی‌باشد) (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، پست ریختگی، اپکسوزنزیس، 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 گارد، پانورکس قبل از درمان و فوتوگرافی الزامی است.

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

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

نکته ۶: در صورت جراحی لثه (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 خانم‌های 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 می‌باشد.

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

ب) تعهد عینک:

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

چنانچه در یکبار مراجعه سقف بیمه شده کامل هزینه نشود 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 با 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 اخذ شده از دستگاه رفراکتومتر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر قبل از عمل مورد تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر باشد.

تبصره: اقدامات تشخیصی لازم جهت بررسی رفع عیوب انکساری در تعهد پاراکلینیک ثبت و با اعمال فرانشیز 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.


بیمه سینا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

❖ در موارد کرایه و لیزر تراپی تعداد ضایعه، محل و نوع آنها ارائه گواهی پزشک معالج (موارد زیبایی) در تعهد نمی‌باشد) لازم است و در صورت تعدد ضایعات و تکرار آن هزینه 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 می‌شود 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 ۳ بدون اعمال فرانشیز محاسبه و پرداخت می‌شود.

۱-۱۰- ب) سمعک

جبران هزینه‌های سمعک مشروط به تجویز پزشک متخصص مربوطه با ارائه گزارش شنوایی سنجی و فاکتور معتبر دارای کد اقتصادی و مشخصات کامل فروشنده و خریدار به همراه کپی برگه ضمانت سمعک می‌باشد.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت :

✓ دستور پزشک معالج (گوش و حلق و بینی)

✓ گزارش ادیومتری یا 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 غیرمجاز در مطب:

آخرین لیست اعمال غیر مجاز در مطب مصوب پنجاه و پنجمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی مورخ ۱۴۰۱/۶/۲۵ که ضمیمه می‌باشد.

۱۲- ب) تعهد سوختگی ناشی از کار:

ترمیم سوختگی، زیبایی محسوب نمی‌شود و جبران هزینه‌های آن در هر زمان از طول قرارداد در تعهد می‌باشد حتی اگر وقوع سوختگی در دوره قرارداد نبوده باشد.

نکته: مواردی از خدمات که جنبه درمانی دارند و در کتاب ارزش‌های نسبی دارای کد می‌باشد در تعهد بوده و قابل پرداخت می‌باشد.

نکته: در صورت درخواست بیمه‌شده 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 بیمه‌شده و در صورت نیاز همراه نامه رسمی به بیمه‌گر بعدی الزامی می‌باشد.

ج- داروخانه:

۱- ج) تعهد دارو:

در صورت مراجعه به کلیه داروخانه‌ها (طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد) ضوابط فنی عمومی ارزیابی اسناد دارویی به شرح ذیل می‌باشد:

✓ ارزیابی قیمت به صورت "قلم به قلم" می‌باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)

✓ ارائه پرینت داروخانه که شامل ریز داروها می باشد به همراه نسخه داروهای تجویزی منتهی به مهر پزشک معالج و داروخانه الزامی است (در بیمه سینا) عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک (برای ارائه به مرکز غیرطرف 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 کپی برابر اصل شده نسخه تجویز دارو، قیمت دارو و هزینه اعلام شده و پرداخت شده را در اختیار بیمه شده جهت ارائه به بیمه گر بعدی قرار دهد.

✓ داروهای هورمون رشد براساس 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 پزشک 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 غیرطرف قرارداد است)

۲-۱- ج) داروهای پوست و مو:

✓ کلیه اقلام آرایشی و بهداشتی نظیر کرم های لایه بردار، پماد، سفیدکننده، 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.

✓ داروهای ضد ریزش مو و یا تقویت کننده رویش مو که جنبه 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)

شماره

شامپو، کرم، پماد و صابون‌هایی که استفاده از آنها جنبه درمانی دارد فقط با تجویز پزشک متخصص پوست

پیوست

و تأیید پزشک معتمد در تعهد می‌باشد.

بیمه‌سینا

بیمه‌سینا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

۲۸

ضمیمه (۱) بیمه‌بنا

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تأیید
۱	تالاسمی	ارائه جواب آزمایش خون و الکترولیز هموگلوبین (الکتروفورسیر)
۲	هموفیلی	ارائه تست فاکتورهای انعقادی، جواب آزمایش خون، تست فعال شدن نسبی ترومبوپلاستین، تست زمان پرترومبین، تست فیبرینوژن
۳	دیالیز (خونی و صفاتی)	ارائه کارت انجمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه‌ها
۴	مالتیپل اسکلروزیس - ام اس	جواب ام آر آی مغز و نخاع و یا کارت انجمن ام اس
۵	سرطان‌ها (cancer)	جواب پاتولوژی + نسخ تجویزی
۶	پارکینسون	ارائه نسخه پزشک متخصص مغز و اعصاب
۷	هپاتیت	ارائه جواب آزمایش‌های هپاتیت
۸	ایدز	ارائه جواب آزمایش ایدز
۹	شیمی درمانی و رادیو تراپی	ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد + نسخه‌های تجویزی
۱۰	متابولیک موکوپلی سایکاریدوز	ارائه جواب آزمایش ادرار که نشان دهنده میزان زیاد موکوپلی ساکارید در آن هست و نسخ پزشک متخصص، ارائه جواب پاتولوژی بافت درگیر
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 + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۷	گوشه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۸	نیمن پیک C/D	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۹	دیستروفی عضلات دوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۰	دیستروفی عضلات غیردوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۱	پیوند کلیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۲	پیوند کبد	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۳	پیوند قلب	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۴	پیوند ریه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۵	پیوند پانکراس	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۶	پیوند روده	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۷	پیوند قرنیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
28	پیوند مولتی ویسرال	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۹	پیوند سلولهای بنیادی خون ساز (مغز استخوان)	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی

ادامه ضمیمه (۱) بیمه‌بنا

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تأیید
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	رتینوپاتی	عکسبرداری تخصصی شبکیه چشم + نسخ تجویزی
۳۵	روانی مزمن	نسخ تجویزی روانپزشک
۳۶	دیستروفی کمر بند شانه و لگن ، دیستروفی FSHD دیستروفی مادرزادی و میوپاتی (غیردوشن)	نوار عصب و عضله + نسخ داروهای تجویزی
۳۷	نارسایی مزمن کلیه	سونوگرافی + اسکن کلیه‌ها + نسخ تجویزی
۳۸	متابولیک ام پی اس	آزمایش اختصاصی
۳۹	نقص سیستم ایمنی اولیه	آزمایش اختصاصی
۴۰	فنیل کتونوری کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۱	فنیل کتونوری غیر کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۲	تیروزینمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۳	بیماری ادرار شربت افرا (MSUD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۴	اختلال سیکل اوره (NAGS deficiency)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۵	اختلال اکسیداسیون اسیدهای چرب (MCADD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۶	گلو تاریک اسیداور	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۷	هموسیتنوری کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۸	هموسیتنوری غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۹	متیل مالونیک اسیداور	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۰	متیل مالونیک اسیداور غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۱	پروپونیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۲	ایزووالریک اسیدمی (IVA)	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۳	اختلال ارگانیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۴	آدرنولکودیستروفی (ALD)	اسکن + آزمایش
۵۵	گالاکتوزمی	آزمایش
۵۶	سوء جذب گلوکز گالاکتوز (GGMA)	آزمایش
۵۷	هایپرلیپوپروتینما	آزمایش
۵۸	هیپوتالپوپروتینما	آزمایش
۵۹	آبتالپوپروتینمی	آزمایش
۶۰	کمبود آدنوزین کیناز (Adenosine kinase deficiency)	آزمایش اختصاصی
۶۱	سلیاک	آزمایش + اسکن یا MRI + آندوسکوپ و کولونوسکوپ

بیمه‌بنا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

ضمیمه (۲) بیمه سینا

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

نام خانوادگی : نام :

تاریخ تولد : کد ملی :

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 ،
ضرر و زیان بیمه گر را جبران خواهم نمود.

امضاء : تأیید بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی : امضاء :

شرکت بیمه گذار

شرکت سهامی بیمه


بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
1	ساخت و تعمیر دندان مصنوعی	60,000,000
2	پارشیل دندان یات هر دندان	25,000,000
3	شیشه عینک طبی	25,000,000
4	عینک طبی (فریم و شیشه عینک)	75,000,000
5	کنتاکت لنز (یک جفت)	65,000,000
6	خرید و تعمیر سمعک (برای یک یا دو گوش)	1,500,000,000
7	چشم مصنوعی	450,000,000
8	صندلی چرخدار (ویلچر)	300,000,000
9	حنجره مصنوعی (سر و کس)	600,000,000
10	دستگاه محرک عصبی	175,000,000
11	عصا	30,000,000
12	واکر	55,000,000
13	20 کفش کلاب فوت زیر	130,000,000
14	30 تا 21 کفش طبی شماره	150,000,000
15	35 تا 31 کفش طبی شماره	175,000,000
16	به بالا 36 کفش طبی شماره	200,000,000
17	کوتاهی کفش از یک تا سه سانت هر سانت	12,500,000
18	کوتاهی کفش از سه سانت به بالا هر سانت	35,000,000
19	کفی پنجه (پروتز پنجه بصورت کفش داخلی)	60,000,000
20	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از یک تا سه سانت	75,000,000
21	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از سه سانت به بالا	100,000,000
22	مح بند طبی	30,000,000
23	اسپلینت هالوسیس و الگوس از نوع بند دار (یک زوج)	45,000,000
24	کفی چرمی با قابگیری (یک جفت)	70,000,000
25	کفی الومینومی با ساپورت	60,000,000
26	کف طبی چرمی آماده با ساپورت و پد متاتارسال (یک جفت)	25,000,000
27	سال 18 بریس قفلدار زانو تا	150,000,000
28	سال به بالا 18 بریس قفلدار زانو	185,000,000
29	سال 15 کمر بند با مفصل ران یک طرفه تا	88,000,000
30	سال 18 تا 15 کمر بند با مفصل ران یک طرفه	105,000,000
31	سال 18 کمر بند با مفصل ران دو طرفه تا	55,000,000
32	سال به بالا 18 کمر بند با مفصل ران دو طرفه	61,000,000
33	بریس آویزانی از استیل	72,000,000
34	سال 13 تا Long-Legbrace بریس بلند یکطرفه بدون مفصل زانو	100,000,000
35	سال به بالا 13 بریس بلند یک طرفه بدون مفصل زانو	125,000,000
36	سال 13 بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو تا	175,000,000
37	سال به بالا 13 بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو	200,000,000
38	سال 13 زانو بند فلزی با کرست ساق و ران تا	60,000,000
39	سال به بالا 13 زانو بند فلزی با کرست ساق و ران	65,000,000
40	بریس کوتاه دو طرفه Short Leg brace - bilateral (4 تا 7 سال)	100,000,000

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
۴۱	سال 15 تا 7 بریس کوتاه دو طرفه	15۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۲	سال به بالا 15 بریس کوتاه دو طرفه	2۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۳	brace Leg Short سال 9 تا 5 بریس کوتاه یک طرفه	5۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۴	سال 15 تا 9 بریس کوتاه یک طرفه	۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۴۵	بریس کوتاه یک طرفه بزرگسال	1۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۶	سال 13 اسپلینت دراپ فوت تا	8۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۷	سال 18 تا 13 اسپلینت دراپ فوت	13۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۸	سال به بالا 18 اسپلینت دراپ فوت	18۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۹	سال 13 اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ تا	۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۰	سال به بالا 13 اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۱	سال 13 اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ تا	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۲	سال به بالا 13 اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۵۳	اسپلینت دینامیک انگشت و مج	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۴	سال 13 اسپلینت دینامیک فتردار تا	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۵	سال 18 تا 13 اسپلینت دینامیک فتردار	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۶	سال به بالا 18 اسپلینت دینامیک فتردار	۴۲,۰۰۰,۰۰۰
۵۷	اسپلینت آرنج با مفصل هوسمر	۵۶,۰۰۰,۰۰۰
۵۸	بریس اسکاتیس رایت	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۹	(هایپر اکستنشن) زانو بند سوئدی	18۰,۰۰۰,۰۰۰
۶۰	دنیس براون متحرک از استیل	24۰,۰۰۰,۰۰۰
۶۱	کست بریس یا مفصل پلی سنتریک	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۶۲	کست بریس مدرج	۳۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۶۳	بریس آسیمتریک (ستون فقرات) بزرگسال	۲۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۶۴	سال 13 بریس آسیمتریک (ستون فقرات) تا	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۶۵	سال 13 (تا T.L.S.O) کرسر تورا کولومبوساکرال	۵۱,۰۰۰,۰۰۰
۶۶	سال ۱۲ (به T.L.S.O) کرسر تورا کولومبوساکرال	۱۰۸,۰۰۰,۰۰۰
۶۷	سال 13 ترانک کرسر چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات) تا	۵۱,۰۰۰,۰۰۰
۶۸	سال به بالا 13 ترانک کرسر چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات)	۱۵۳,۰۰۰,۰۰۰
۶۹	بریس هیپراکستنسین جونت (ستون فقرات) تا ۱۳ سال	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۷۰	سال به بالا 13 بریس هیپراکستنسین جونت (ستون فقرات)	14۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۱	بریس گردن هالو (فلزی یا چهار میله)	45۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۲	سومی بریس برای گردن	22۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۳	پروتز کاتادین (اندام تحتانی)	3,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۴	پروتز روی زانو (اندام تحتانی)	2,5۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۵	پنجه کوزینگر خارجی (اندام تحتانی)	15۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۶	پنجه تمام لاستیکی خارجی (اندام تحتانی)	15۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۷	پنجه پیروگوف خارجی (اندام تحتانی)	1,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۸	پنجه مفصل دار خارجی (اندام تحتانی)	۱۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۷۹	پنجه ساج فوت ایرانی (اندام تحتانی)	۱۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۸۰	بریس زیر زانو پی تی پی باند	5۰۰,۰۰۰,۰۰۰

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
کد	نام	سقف تعهد (ریال)
۸۱	بریس بلندآرنج	87,500,000
۸۲	(تاندونیت دکوران)thump wrist بریس	54,000,000
۸۳	بریس بوستون	400,000,000
۸۴	ماسک صورت (چانه بند)	22,000,000
۸۵	شلوارک زیر زانو	22,000,000
۸۶	ایلویا (ران وساق)	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۸۷	انگشت هرتکه که حدوداً سه انگشت را پوشش می دهد	۱۰۸,۰۰۰,۰۰۰
۸۹	(40x30 cm شیت ورقه ای برای ناحیه شکم و پشت (ابعاد	۵۴,۰۰۰,۰۰۰
۹۰	پروتز کره چشم	85۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۱	تشک موج	۲۶۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۲	کپسول اکسیژن	۱۶۸,۰۰۰,۰۰۰
۹۳	زانو بند مفصل دار	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۴	زانو بند پالمبو	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۵	ابداکش بریس	۱۵۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۶	بریس میلوکی از ارنولن (ستون فقرات)	4۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۷	بریس نایت نیلور (ستون فقرات)	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۸	اسپلینت دینامیک مچ (اسپلینت عنکبوتی)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۹	پروتز سایم (اندام تحتانی)	1,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۰	پروتز زیر زانو (اندام تحتانی)	1,5۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۱	پروتز بالای زانو (اندام تحتانی)	2,0۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۲	پروتز زیر آرنج (اندام فوقانی)	2,0۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۳	پروتز بالای آرنج (اندام فوقانی)	25۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۴	پروتز روی آرنج (اندام فوقانی)	2,5۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۵	پروتز مچ دست (اندام فوقانی)	1,0۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۶	پروتز شانه (اندام فوقانی)	1,25۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۷	دستگاه اکسیژن ساز	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۸	دستگاه cpap	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۹	جوراب واریس کوتاه	۱۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۰	جوراب واریس بالای زانو	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۱	زانو بند	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۲	قوزک بند برزنتی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۳	کلیه بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۴	گردن بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۵	شکم بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۶	دستگاه کنترل میزان قند خون بر روی بدن	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰

بیمه سینا

کد ملی بیمه شده	سن (سال)	نوع هزینه	هزینه ارائه شده (ریال)	نوع ارائه هزینه	هزینه پرداختی بیمه گر	تاریخ ارائه هزینه به بیمه گر	تاریخ پرداخت هزینه به بیمه شده	مرکز درمانی	نوع مرکز	وضعیت بیماری خاص و صعب العلاج

کد نوع هزینه		کد نوع بیمه شده		مرکز درمانی	کد
نوع پوشش	کد	نوع بیمه شده	کد	طرف قرار داد	1
بیمارستانی (اصلی)	1	اصلی شاغل	1	غیر طرف قرارداد	2
اعمال مجاز سرپایی	2	تحت تکفل شاغل	2		
اعمال جراحی فوق تخصصی	3	والدین غیر تحت تکفل شاغل	3		
ارتوز	4	همسر غیر تحت تکفل شاغل زن	4		
آمبولانس	5	فرزند غیر تحت تکفل شاغل	5		
اورژانس	6	همسر فرزند ذکور غیر تحت تکفل شاغل	6		
ویزیت	7	اصلی بازنشسته	7		
دارو	8	تحت تکفل بازنشسته	8		
خدمات پاراکلینیکی	9	غیر تحت تکفل بازنشسته	9		
زایمان	10	جنسیت بیمه شده	کد		
خدمات آزمایشگاهی	11	زن	1		
رفع عیوب انکساری چشم	12	مرد	2		
عینک	13	بیماری خاص و صعب العلاج	کد		
فیزیوتراپی	14	هست	1		
نازایی و ناباروری	15	نیست	2		
تهیه اعضای طبیعی بدن	16	هست	1		
دندانپزشکی (به غیر از ایمپلنت)	17				
ایمپلنت	18				

نوع مرکز درمانی	کد
خصوصی	1
دولتی	2
نهاد عمومی غیر دولتی	3
خیریه	4
نوع ارائه هزینه	کد
مستقیم	1
غیر مستقیم	2

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا

ضمیمه (۵)

ردیف	کد	شرح کد	تعرفه (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 بیماران دارای زخم بستر سطح یک برای یک ناحیه	۱,۳۴۰,۰۰۰
۶	۹۶۰۰۵۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک به ازای هر ناحیه اضافه	۶۷۰,۰۰۰
۷	۹۶۰۰۶۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو برای یک ناحیه	۱,۹۸۰,۰۰۰
۸	۹۶۰۰۶۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو به ازای هر ناحیه اضافه	۹۹۰,۰۰۰
۹	۹۶۰۰۷۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران 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 بیماران 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 ۲۵ درصد سوختگی)	۲,۶۴۰,۰۰۰
۱۲	۹۶۰۰۸۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۱ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۱,۸۴۰,۰۰۰
۱۳	۹۶۰۰۹۰	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۲ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۲,۶۴۰,۰۰۰
۱۴	۹۶۰۰۹۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۳ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۳,۱۵۰,۰۰۰
۱۵	۹۶۰۱۰۰	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای برای یک ناحیه	۳,۶۳۰,۰۰۰
۱۶	۹۶۰۱۰۱	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای هر ناحیه اضافه	۱,۸۱۰,۰۰۰
۱۷	۹۶۰۱۴۰	تعویض کاتتر با سوند مثانه (فولی) (شامل هزینه های مصرفی، سوند فولی و ست ارائه خدمت)	۴,۵۴۰,۰۰۰
۱۸	۹۶۰۱۴۵	خارج کردن سوند ادراری یا فولی	۱,۳۱۰,۰۰۰
۱۹	۹۶۰۱۵۰	خون گیری وریدی یک یا چند بار مثل تست تحمل گلوکز با 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 تراپی در منزل (به همراه هر تعداد داروی داخل سرم)	۲,۱۴۰,۰۰۰
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	گذاشتن یا تعویض لوله بینی - معده ای با دستور پزشک	۳,۵۰۰,۰۰۰

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

شماره ۱۰۲۸/۲۰۲۷۲
تاریخ ۱۴۰۵/۴/۱۰
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 با 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 با 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 شرکت های 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 تقبل نماید و جهت جلوگیری از مشکلات بیمه شدگان در انتها قرارداد تا یکماه پس از انقضای بیمه نامه محاسبه و تحویل نماید.

وزارت نیرو و آب و فاضلاب لرستان

مدیر عامل

نورالدین نوریزدان

شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

شرکت بیمه سینا

شعبه خرم آباد

حمیدرضا معتمدی

بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان
Sinainsurance.com

شماره: ۱۷۰۸/۳۲۵۳
تاریخ: ۱۴۰۵/۰۴/۲۵
پیوست: ۲



شرکت آب و فاضلاب استان لرستان
(سهامی خاص)

بسمه تعالی

شرکت بیمه سینا سرپرستی استان لرستان

موضوع: ابلاغ قرارداد

با سلام و احترام

به پیوست یک نسخه قرارداد منعقد در خصوص پوشش درمان پایه و تکمیلی شاغلین

و درمان تکمیلی، عمر و حادثه بازنشستگان شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

جهت اجرا ابلاغ می گردد.

نورالدین نوریزدان

رئیس هیئت مدیره و مدیرعامل

۱۰۲۸/۲۰۲۷۶

۱۴۰۵/۰۴/۱۰

ندارد

شماره
تاریخ
پیوسته

بیمه سینا

مدیر عامل شرکت آب و فاضلاب لرستان

جناب آقای مهندس نوریزدان

باسلام و احترام

عطف به صورتجلسه مورخ ۱۴۰۵/۰۴/۰۹ شوری 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 مرمسمدی
رئیس شعبه خرم آباد

بیمه سینا
شعبه خرم آباد
۱۰۲۸۵۵

بیمه سینا

بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه های درمان و پوشش هزینه های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، بین شرکت آب و فاضلاب لرستان به نمایندگی آقای نورالدین نوریزدان به کد ملی ۵۹۲۹۴۱۱۲۱۰۳ 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، آئین 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) منعقد 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:

تاریخ صدور: ۱۴۰۵/۰۴/۱۰

درمان شاغلین: ۱۴۰۵/۱۳۱/۱۰۲۸/۱۰۲۸/۳

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

عمر و حادثه بازنشستگان: ۱۴۰۵/۱۱۲/۱۰۲۸/۱۰۲۸/۳

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

درمان تکمیلی بازنشستگان:

شناسه ملی بیمه گر: ۱۰۱۰۲۵۲۹۰۰۶

شناسه ملی بیمه گذار: ۱۰۸۶۱۲۶۵۳۰۸

کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۱۳۳۴۱۶۴۴۶۵

کد اقتصادی بیمه گذار: ۴۱۱۱۶۳۴۳۶۱۵۴

شماره ثبت بیمه گر: ۲۱۱۴۳۹

شماره ثبت بیمه گذار: ۱۳۱۴


بیمه سینا

شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان

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 بیمه‌شدگان 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 شهدی کاکاوند شرقی-پلاک ۷۱
کد پستی: ۶۸۱۳۹۳۶۴۵۵

ماده ۳ - بیمه‌گذار: به نشانی: خرم آباد - بلوار شهید شفیع پور کد پستی: ۶۸۱۷۸۵۵۳۷۱

ماده ۴- بیمه‌شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی دائم و مدت معین، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرارداد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه‌گر پایه شرکت بیمه‌گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان به تفکیک ذیل.

تبصره ۱: بیمه‌گذاران موظف به اعلام اسامی بیمه‌شدگان (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، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه افراد تحت پوشش آنان می‌باشد و پوشش بیمه‌ای این افراد بدون درنظر گرفتن شرایط آنان در بیمه پایه، همانند بیمه‌شده اصلی (به فرم تکمیلی) و حق بیمه یکسان با بیمه‌شده اصلی است.

۴-۱- فرزندان پسر تحت تکفل حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر (مدت اعتبار معافیت تحصیلی بعد از فارغ‌التحصیلی 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 با ارائه گواهی معتبر 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 ۴-۱ 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 بیمه‌شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.

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

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

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

تبصره ۴: فرزندان ذکور در حال انجام خدمت سربازی همانند تحت تکفل تحت پوشش خواهند بود. **بیمه‌بنا**
۴-۲: فرزندان دختر به شرط عدم ازدواج، عدم اشتغال به کار و عدم اشتغال به کار محسوب می‌شوند. در صورت اشتغال به کار و عدم ازدواج می‌توانند بصورت غیر تحت تکفل پوشش داشته باشند.

۴-۳: فرزندان بیمه‌شده اصلی اناث بارعایت 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 با 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 مبنی 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 کلیه 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 تبعی ۱ از طرف بیمه‌شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی مبنی 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 شرائط 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 مثبت 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 مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار، از زمان تحت تکفل قرار گرفتن فرد، تحت پوشش خواهند بود.

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه‌بنا
 شعبه خرم‌آباد
 کد ۱۰۲۸

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، بازنشسته، انتقال، انفصال از خانواده، اخراج، تعلیق، مأمور، مرخصی طولانی مدت (استعلاجی 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 ارسال گردد. در غیر اینصورت 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 ۳ 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- شاغلین:

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 تامین اجتماعی بابت هریک 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 هریک از افراد دارای مرخصی بدون حقوق و هریک از افراد تحت پوشش آنها

۲-۶- افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه‌بنا

شماره
پیوست
۱-۲-۶ - مبلغ ۳۸,۰۰۰,۰۰۰ (سی و هشت میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت همسر غیرتحت تکفل کارکنان اناث و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان و فرزندان ذریعہ بیمہ تکفلی و همسر آنان.

۲-۲-۶ - مبلغ ۲۸,۰۰۰,۰۰۰ (بیست و هشت میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر، غیرتحت تکفل بیمه- شده اصلی.

۳-۶ - مبلغ 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 کلیه بندهای آن همانند شاغلین خواهد بود اما کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کارافتاده می شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی (در صورت دارا بودن دفترچه درمانی) با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان پوشش های مندرج در تفاهم نامه را دریافت نمایند در غیر این صورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد دریافت نمایند.

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

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

بیمه گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت سی روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر به شماره حساب ۴۴۵۰۰۰۰۳۸۰ نزد بانک ملت شعبه میرداماد کد ----- به نام شرکت بیمه سینا پرداخت نماید. بر این اساس بیمه گر نیز مکلف به پرداخت خسارت بر طبق زمان بندی 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 ذیربط (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 بیمه گر طرف قرارداد از طریق شرکت مادر تخصصی و یا شرکت بیمه گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی وزارت نیرو و نماینده بیمه گر نحوه برخورد با موضوع ظرف مدت یک ماه پس از دریافت اعلام کتبی شرکت مادر تخصصی یا شرکت بیمه گر تعیین گردد. شرکت بیمه گر بدون طی مراحل فوق، به هیچ عنوان اجازه قطع خدمات به بیمه گذار را ندارد. در صورت حصول نتیجه مبنی بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار براساس زمانبندی تعیین شده در صورتجلسه تنظیمی فی مابین، و عدم پرداخت حق بیمه، بیمه گر در ارتباط با قطع خدمات محق خواهد بود.

فصل سوم- تعهدات بیمه گر

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

ماده ۸ - تعهدات بیمه‌گر: بیمه‌گر بعد از دریافت اسامی بیمه‌شدگان موضوع بند ۱-۵ با ارسال پیامک^{پیوست} ضمن اعلام برقراری پوشش برای بیمه‌شده اصلی و افراد بیمه‌شده وی در^{پیوست} قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت ماده ۱۱ از بخش اول بیمه‌نامه و جزءهای "الف" و "ث" از ماده ۷۰ قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران برقرار خواهد شد لذا کلیه مواردی که در فصل سوم این بیمه‌نامه ذکر از عناوین آن نشده مورد تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد.

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

- در صورت ادامه طرح درمان در زمان بستری به بعد از اتمام دوره قرارداد، بیمه‌گر قبلی تعهد پرداخت خسارت را تا حداکثر دو ماه بعد از اتمام قرارداد (۱۴۰۵/۵/۳۱) بعهد خواهد داشت و در صورت ادامه طرح درمان بعد از موعد فوق هزینه‌های بعد از تاریخ مذکور، به قرارداد و بیمه‌گر جدید منتقل می‌شود. بدیهی است کل مبلغ خسارت قابل پرداخت به بیمه‌شده از زمان بستری تا زمان ترخیص بعهد بیمه‌گر قبلی بوده و تهاثر سهم پرداختی بیمه‌گران قبلی و فعلی صرفاً مسئله مالی بین دو بیمه‌گر بوده و بیمه‌شده دخالتی در اینگونه مسائل نخواهد داشت.
 - در موارد پرتو درمانی و خدمات توانبخشی (گفتار درمانی، کار درمانی و فیزیوتراپی) که سیر درمان منقطع می‌باشد، هر بیمه‌گر متعهد پرداخت هزینه‌های بازه زمانی قرارداد خود است و می‌بایست صورتحساب تفکیکی ارائه گردد، در غیر اینصورت با ارائه کپی مدارک برابر اصل شده توسط بیمه‌گر قبلی و رسید پرداخت آن، بیمه‌گر دوره بعدی متعهد پرداخت خواهد بود.
 - هزینه مراقبت پرستاری مندرج در صورتحساب بیمارستانی مطابق مصوبه هیئت وزیران توسط بیمه‌گر با کسر فرانشیز پرداخت می‌گردد.
 - 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 بیمه‌گر، به علت بیماری، عوارض ناشی از درمان، آسیب دیدگی یا ناتوانی جسمی یا عصبی، به طور موقت یا دائم فاقد توانایی جابه‌جایی 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 تعرفه‌های 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 مراقبت‌های ICU در منزل با دستور پزشک متخصص معالج و ارائه مدارک معتبر بیمه‌شده موظف است در مرحله نخست از بیمه‌گر 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 بیمه‌گر) هزینه انجام خدمت توسط مراکز دارای مجوز بر اساس فاکتور معتبر با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت است.
- تبصره ۱:** در صورت پذیرش بیمه‌شده در مراکز طرف قرارداد (اعم از بیمارستانی، پاراکلینیکی، داروخانه و دندانپزشکی) و صدور معرفی‌نامه، اخذ هر گونه وجهی از بیمه‌شده در زمان ترخیص توسط مرکز درمانی به غیر از فرانشیز و موارد خارج از تعهد بیمه‌گر مطابق مفاد این قرارداد ممنوع بوده و در صورت وقوع، وجوه دریافتی مازاد در صورتحساب مراکز درمانی می‌بایست توسط شرکت بیمه‌گر با عنایت به بند "ب" ماده ۸-۱ در وجه بیمه‌شده کارسازی گردد. همچنین در صورت قرار گرفتن هزینه پروتز (با لحاظ نمودن هزینه‌های مرتبط با بند ۷-۸ و تبصره ذیل آن) در صورتحساب مرکز به نام بیمه‌شده مشمول پرداخت توسط بیمه‌گر بر طبق شرایط این تبصره خواهد بود.

تبصره ۲: درمورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های 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 هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت 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).

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.

۱-۸- 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 اتاق 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 صفاقی) و بیماری‌های صعب‌العلاج (از جمله ام اس، کانسر، پارکینسون، هپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای،

عضلات غیر دوشن، رتینوپاتی، سکته مغزی ایسکمیک، سکته مغزی هموراژیک، سکته قلبی و اقدامات درمانی مرتبط با آن، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و طبعی، درمان انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، پانکراس، مولتی ویسرال، ریه و کلیه و سایر جراحی‌های تخصصی) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اطلاق عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های ناشی از آن که مورد اختلاف طرفین می‌باشد موضوع 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.

تبصره: 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 بیمار خاص و صعب‌العلاج لحاظ نموده است، بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

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

۲-۸- در خصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سرپایی 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، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، نوروفیدبک، کایروپراکتیک، طب سوزنی، اوزن تراپی (صرفاً جهت درمان انواع زخم)، فصد خون با تجویز پزشک متخصص طب سنتی و حداکثر ۴ بار در طول قرارداد، PRP، QEEG، rTMS، تزریق سلول‌های بنیادی، لیزر درمانی، لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداشدگی شبکیه، قوز قرنیه و ...)، خدمت آب درمانی در صورت تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص مرتبط (ارتوپد، مغز و اعصاب، طب فیزیکی و توانبخشی، جراح عمومی، متخصص طب ورزشی، فلوشیپ درد، روماتولوژیست، فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان) و انجام در مراکز دارای مجوز در صورت ارائه توسط فیزیوتراپیست یا 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 تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با رعایت کلیه تبصره‌های ذیل ماده ۸ پرداخت می‌شود.

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

۴-۸- 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.

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

۶-۸- 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 بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند چنانچه پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آن داروی خارجی را تأیید نماید (در غیر این صورت بر روی نسخه می بایست از طرف پزشک معتمد بیمه گر با ذکر علت انجام شده باشد) با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران می باشد. در صورت عدم تأیید داروی خارجی که تولید داخلی دارد هزینه داروی داخلی پرداخت می شود.

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 بیمه گر (در صورت عدم تأیید نام داروی مرتبط با بیماری و میزان مصرف آن توسط بیمه گر، بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد)، بر اساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران است. در سایر موارد نیز با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ براساس ضمیمه (۱) اقدام خواهد شد. همچنین پرداخت هزینه داروهای مرتبط با درمان بیماران خاص و صعب العلاج که قبلاً مجوز ورود از مراجع ذیصلاح داشته و هم اکنون نیز تجویز می شوند، موضوع در کمیسیون فنی شرکت بیمه گر مطرح و در ارتباط با نحوه پرداخت با نظر مثبت تصمیم گیری می شود. داروهای مکمل برای اینگونه از بیمه شدگان در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و یا متخصص تغذیه، با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است.

تبصره ۳- هزینه سرنگ، قلم و سرسوزن قلم انسولین، آب مقطر، آنژیوتک، ست سرم، اسکالپ وین و انواع پانسمان که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد و همچنین هرگونه تزریقات با جنبه درمانی براساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره های 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 می بایست دارای فاکتور مهور 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 بیمه گر 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 بیمه گر 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 با ارائه فاکتور معتبر شرکت تجهیزات پزشکی به میزان سقف تعیین شده در جدول ضمیمه (۳)، در تعهد بیمه گر خواهد بود.

تبصره ۵- بیمه گر تعهد می نماید تا کلیه داروخانه های طرف قرارداد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- داروخانه های منتخب طرف قرارداد (بیمه گر موظف است ضمن اعلام اسامی داروخانه های منتخب قبلاً اسامی بیماران خاص و صعب العلاج را به داروخانه های مذکور از طرق مقتضی اعلام کرده باشد، برای دریافت دارو از اینگونه داروخانه ها به علت نداشتن بیمه پایه نباید محدودیتی اعمال شود) با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه گذار برای بیماران خاص و صعب العلاج تا سقف ۶۰۰۰۰۰۰۰ (ششصد میلیون) ریال بدون معرفی نامه و تائید بیمه گر برای داروهای مرتبط با بیماری خاص و صعب العلاج

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

۳- از آنجا که بیمه‌شدگان شاغل و افراد خانواده آنها پوشش از طرف بیمه‌گر پایه ندارند لذا بیمه‌گر مکلف به 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 سیزده 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 حلقون 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 (بجز دندان) و یا استفاده از پروتز و یا ترمیم نقص انجام می‌شود با رعایت بند ۱ از ماده ۱۱ با کسر فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بر عهده بیمه‌گر می‌باشد.

۸-۸- هزینه خرید وسایل کمک توانبخشی، پروتزا 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، پروتزا 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، قرنیه، 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 لاپاراسکوپي درمانی، IVF، IUI، 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 مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در هر مورد داخل شهری ۳۰۰۰۰۰۰۰ (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 (هفتصدمیلیون) ریال در هر مورد بین شهری براساس هزینه طبق فاکتور

پیوست

بیمه‌سینا

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

۸-۱۲ - 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.

۸-۱۳ - 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.

۸-۱۴ - 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.

۸-۱۵ - 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.

۸-۱۶ - 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.

۸-۱۷ - 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 کمیسیون موضوع جزء "ه" بند ۸-۱ مطرح و تصمیم‌گیری خواهد شد.

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

تبصره ۱: در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه‌گر هزینه‌های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از تاریخ تسویه مدارک، به بیمه‌شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می‌گردد.

- ۱۸-۸ - بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را در اختیار وی قرار دهد.
- ۱۹-۸ - 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.
- ۲۰-۸ - 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.
- ۲۱-۸ - بیمه‌گر موظف است قرارداد به همراه ضامنه 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 ضامنه 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 منجمه 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 با 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 بروساژ با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بدون سقف و به دفعات می‌باشد. در صورت مراجعه بیمه‌شده به سایر بخش‌ها تعرفه بخش مربوطه ملاک محاسبه است، مراجع ذیصلاح 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 غیر تحت تکفل کارکنان انات، فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت 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 غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی شاغل برای کلیه خدمات مربوط به دندانپزشکی اعم از ایمپلنت و سایر خدمات تا سقف مبلغ ۸۰۰۰۰۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال بصورت شناور برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح 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 تومور در صورتیکه منجر به بستری شود از محل تعهد بند ۱-۸، و در صورت انجام جراحی به صورت سرپایی از محل تعهد بند ۲-۸ قابل پرداخت است.

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

تبصره ۳: جبران هزینه‌های ارتودنسی، جرم‌گیری، روکش و بروساژ با 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 یا 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 آیین‌نامه 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 آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از حادثه و مواردی که بر عملکرد اندام بیمه‌شده تاثیرگذار 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 متفرقه 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.

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

- ۶- هر نوع چکاپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).
- ۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و ترفند آن را سوی 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 با تشخیص پزشک معالج.
- ۱۰- عوارض مستقیم ناشی از مصرف موارد 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 - بیمه شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه گذار.
- 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 بیمه گر می‌باشد.
- تبصره ۲: بیمه شدگانی که به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه نامه 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 بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد.
- ماده ۴ - تعریف نقص عضو و از کارافتادگی: 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 بیمه گذار

- ماده ۵ - بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه بیمه شدگان 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 بیمه گر ارسال دارد.
- ماده ۶ - حق بیمه: حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان
- 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 بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می‌بایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود.
- تبصره ۲: غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.
- تبصره ۳: تعهدات بیمه گذار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر می‌باشد.

به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه‌شده موظف است به پزشک مراجعه و دستورات وی را رعایت نماید. بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب راکتباً 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 ازکارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه:

۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور 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 ازکارافتادگی 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 برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸ - بیمه‌گر متعهد است در صورت وقوع هریک 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 جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (پنج میلیارد) ریال

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است نسبت به ارسال پیوست برای بیمه‌گذاران در مورد سایر دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مربوط 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 خسارات معوق مربوط به سال جاری، ارسال شده به وزارت نیرو

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

شماره
پیوست
ج) محاسبه نسبت خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد براساس موارد زیر "الف" و "ب"

بیمه‌بنا

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.

ماده ۴- در صورت تمایل به ادامه همکاری طرفین به رغم عدم رعایت وظایف یک یا هر دو طرف براساس بخشهای اول و دوم این تفاهم‌نامه، مبنای محاسبه ارزش ریالی ارقام، در زمان تسویه، تاریخ قطع همکاری فی‌مابین 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 جرائم و ارزش ریالی ارقام (حق بیمه و غرامات) از لحاظ حقوقی به عهده شاکی خواهد بود.

ماده ۵- احراز تخلف بیمه‌شدگان و نحوه برخورد با آن، مستقل از دوره قرارداد در کمیته مشترک فی‌مابین بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشخص و تعیین خواهد شد، بدین منظور بیمه‌گذار یک هفته کاری پس از ثبت نامه بیمه‌گر در دبیرخانه بیمه‌گذار با 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 خاطی، 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

ماده 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.

ماده 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.

ماده 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.

ماده ۴- موارد مسکوت 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.

ماده 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.

ماده 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 فی‌مابین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافق‌نامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه‌بنا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

شماره
پیوست
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.

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 بخش های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می شود) 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 مازاد بر آن از بیمه شده 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 غیرطرف قرارداد بیمه‌گر موظف به در نظر گرفتن تمهیدات لازم جهت پرداخت اولیه وجه مورد درخواست مرکز در زمان اقدام به بستری بیمه‌شده با هماهنگی بیمه‌گذار می‌باشد.

ماده ۱۱- بیمه‌گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده از پوشش درمانی در هر کجای کشور بدون انجام فرآیندهای اداری اضافی و مستقل از محل شعبه و واحد اجرایی بیمه‌گر برای بیمه شده 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 نیست را با رعایت اصل جانشینی پرداخت نماید.

ماده ۱۳- کلیه هزینه‌های مربوط به شیوع بیماری واگیردار (از قبیل واکسیناسیون، آزمایشات و ...) تحت پوشش بیمه خواهد بود.

ماده ۱۴- حق بیمه رشته‌های 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 بیز 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
وزارت نیرو

شرکت آب و فاضلاب لرستان

نورالدین نوریزدان ۵۹۲۹۴۱۲۱۸۳ مدیر عامل

شرکت آب و فاضلاب لرستان

بیمه‌گر

شرکت سهامی بیمه سینا (سهامی عام)

شعبه خرم آباد

حمیدرضا معتمدی ۴۸۵۹۸۶۹۵۹۱ مدیر شعبه

بیمه‌سینا

شعبه خرم آباد

کد ۱۰۲۸

بیمه سینا

ضمیمه (۱)

مدارک لازم برای:

الف- مراکز درمانی طرف قرارداد:

پذیرش بیمار (بیمه شده):

معرفی 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 پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت

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

تاریخ بستری (در صورت پذیرش غیر آنلاین) و رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه گر پایه یا کارت ملی

بیمه شده اصلی و تبعی (بیمار)

ب- مراکز درمانی غیر طرف قرارداد:

تبصره: اقلام هزینه‌ای آورده شده در صورت حساب مراکز درمانی که امکان ارتباط با درمان بیمه شده را داشته و منطبق با کتاب‌های ارزش نسبی است با احتساب فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.

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

۱- ب) تعهد بستری و بیمارستانی:

برای پرداخت خسارت، بیمه گر باستناد تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه، پس از دریافت مدارک ذیل، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه‌ای براساس کدهای تعرفه‌ای فهرست شده در صورت حساب مرکز درمانی بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با موضوع درمان می‌تواند باشد، مگر آنکه اقدامی منطبق و یا مرتبط با موضوع درمان نبوده و در صورت حساب باشد. کدهای جراحی که در صورت حساب مرکز درمانی قید شده و همپوشانی دارند قابل تأیید و پرداخت نمی‌باشند.

۱- اصل صورت حساب 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. (تصویر صورت حساب صرفاً در صورت استفاده از بیمه گر پایه و استعلام از آن بیمه مورد پذیرش است)

۲- اصل یا تصویر صورت حساب پزشکان ممهور 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 بیهوشی یا برگ بیهوشی اتاق عمل

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

۷- اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح و اتاق عمل مبنی

بر استفاده آن)

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

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

بیمه سینا

۹- در صورت خرید پروتز و و سایل پزشکی ضمیمه نمودن اصل فاکتور خرید معتبر ممهور 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 ممهور به مهر اتاق عمل و پزشک جراح الزامی است.

۱۱- در صورت انجام رادیوتراپی، اصل صورت حساب مرکز ممهور 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 فوق الذکر، منظور از تصویر، تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده بوده و صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمان ها (بیمه گران پایه یا بیمه گر تکمیلی دیگر) و ارائه پرینت واریزی از طریق سایت یا نامه پرداخت بیمه گر پایه، معتبر می باشد. در غیر این صورت اصل مدارک دریافت می گردد. (درخصوص ریز دارو، آزمایش، گزارش خدمات پاراکلینیکی ارائه تصویر آن بلامانع است)
 - ۲- اصل صورت حساب یا تصاویر آن بایستی بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد.
 - ۳- ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی ضروری است.
 - ۴- ارائه گزارش سی تی اسکن بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال الزامی است.
- بیمه شده 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 بیمه شده از خدمات مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد استفاده نماید فرآیند جبران خسارت به شرح ذیل می باشد:

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

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

نکات:

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

۱- بیمه‌شدگان بازنشسته ابتدا می‌بایست نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه اقدام نموده و سپس رتبه‌بندی را بر اساس اصل کلیه مدارک بیمارستانی به هیأت گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه را در مهلت مندرج در قرارداد تحویل نمایند، در غیر اینصورت مطابق مفاد تبصره ۳ از ماده ۸ قرارداد عمل خواهد شد.

۲- براساس مفاد قرارداد برای بیمه‌شدگان غیر تحت 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 سپتوپلاستی 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 پاتولوژی 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 (بای‌پس‌معهده، بال‌گذاری و سایر اعمال مرتبط) در مورد بیمه‌شدگان تأییدیه پزشک معتمد قبل از عمل الزامی است. همچنین لازم است مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این خصوص رعایت گردد.

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

❖ انجام جراحی استئوتومی فمور و یا تییبی 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 سپتوپلاستی، 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 درمانگاه متعلق به 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 باستناد تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه و دریافت مدارک فوق، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه ای براساس کدهای تعرفه ای فهرست شده در صورت حساب 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 منطبق و یا مرتبط با دستور پزشک نبوده و در صورت حساب 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 امکان پذیر 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 یا بیش از دو اندام باشد ارائه مدارک ذیل الزامی

می باشد (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است):

✓ ارائه رادیوگرافی یا 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 پرتوان، 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:

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

با توجه به اینکه جبران هزینه بیوفیدبک و گفتار درمانی و کاردرمانی در تعهد می‌باشد و ارائه مدارک
ذیل جهت پرداخت خسارت الزامی است

✓ 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 بیماری و گواهی پزشک معالج مبنی
بر نوع و شدت بیماری قابل بررسی و پرداخت می‌باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ در صورت نیاز به خدمات بیش از شش ماه، هزینه‌ها پس از ارائه گواهی پزشک معالج از روند سیر بیماری و بهبودی بیمار با خدمات فوق با تأیید پزشک معتمد قابل پرداخت می‌باشد (اوتیسم، فلج مغزی کودکان و موارد مشابه گواهی مذکور لازم نمی‌باشد) (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، پست ریختگی، اپکسوزنزیس، 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 گارد، پانورکس قبل از درمان و فوتوگرافی الزامی است.

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

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

نکته ۶: در صورت جراحی لثه (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 خانم‌های 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 می‌باشد.

بیمه‌شدگان محترم می‌توانند از مراکز طرف قرارداد استفاده نمایند که در این صورت جهت صدور معرفیه نامه لازم است ابتدا به مرکز طرف قرارداد مراجعه و طرح درمان مبنی بر تعیین نوع خدمات مورد نیاز را دریافت و سپس معرفیه نامه دریافت نمایند.

ب) تعهد عینک:

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

چنانچه در یکبار مراجعه سقف بیمه شده کامل هزینه نشود 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 با 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 اخذ شده از دستگاه رفراکتومتر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر قبل از عمل مورد تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر باشد.

تبصره: اقدامات تشخیصی لازم جهت بررسی رفع عیوب انکساری در تعهد پاراکلینیک ثبت و با اعمال فرانشیز 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.


بیمه سینا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

❖ در موارد کرایو و لیزر تراپی تعداد ضایعه، محل و نوع آنها ارائه گواهی پزشک معالج (موارد زیبایی) در تعهد نمی‌باشد) لازم است و در صورت تعدد ضایعات و تکرار آن هزینه 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 می‌شود 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 ۳ بدون اعمال فرانشیز محاسبه و پرداخت می‌شود.

۱-۱۰- ب) سمعک

جبران هزینه‌های سمعک مشروط به تجویز پزشک متخصص مربوطه با ارائه گزارش شنوایی سنجی و فاکتور معتبر دارای کد اقتصادی و مشخصات کامل فروشنده و خریدار به همراه کپی برگه ضمانت سمعک می‌باشد.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت :

✓ دستور پزشک معالج (گوش و حلق و بینی)

✓ گزارش ادیومتری یا 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 غیرمجاز در مطب:

آخرین لیست اعمال غیر مجاز در مطب مصوب پنجاه و پنجمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی مورخ ۱۴۰۱/۶/۲۵ که ضمیمه می‌باشد.

۱۲- ب) تعهد سوختگی ناشی از کار:

ترمیم سوختگی، زیبایی محسوب نمی‌شود و جبران هزینه‌های آن در هر زمان از طول قرارداد در تعهد می‌باشد حتی اگر وقوع سوختگی در دوره قرارداد نبوده باشد.

نکته: مواردی از خدمات که جنبه درمانی دارند و در کتاب ارزش‌های نسبی دارای کد می‌باشد در تعهد بوده و قابل پرداخت می‌باشد.

نکته: در صورت درخواست بیمه‌شده 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 بیمه‌شده و در صورت نیاز همراه نامه رسمی به بیمه‌گر بعدی الزامی می‌باشد.

ج- داروخانه:

۱- ج) تعهد دارو:

در صورت مراجعه به کلیه داروخانه‌ها (طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد) ضوابط فنی عمومی ارزیابی اسناد دارویی به شرح ذیل می‌باشد:

✓ ارزیابی قیمت به صورت "قلم به قلم" می‌باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)

✓ ارائه پرینت داروخانه که شامل ریز داروها می باشد به همراه نسخه داروهای تجویزی منتهی به مهر پزشک معالج و داروخانه الزامی است (در بیمه سینا) عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک (برای ارائه به مرکز غیرطرف 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 کپی برابر اصل شده نسخه تجویز دارو، قیمت دارو و هزینه اعلام شده و پرداخت شده را در اختیار بیمه شده جهت ارائه به بیمه گر بعدی قرار دهد.

✓ داروهای هورمون رشد براساس 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 پزشک 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 غیرطرف قرارداد است)

۲-۱- ج) داروهای پوست و مو:

✓ کلیه اقلام آرایشی و بهداشتی نظیر کرم های لایه بردار، پماد، سفیدکننده، 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.

✓ داروهای ضد ریزش مو و یا تقویت کننده رویش مو که جنبه 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)

شماره

شامپو، کرم، پماد و صابون‌هایی که استفاده از آنها جنبه درمانی دارد فقط با تجویز پزشک متخصص پوست

پیوست

و تأیید پزشک معتمد در تعهد می‌باشد.

بیمه‌سینا

بیمه‌سینا
شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

۲۸

ضمیمه (۱) بیمه‌بنا

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تأیید
۱	تالاسمی	ارائه جواب آزمایش خون و الکترولیز هموگلوبین (الکتروفورسیر)
۲	هموفیلی	ارائه تست فاکتورهای انعقادی، جواب آزمایش خون، تست فعال شدن نسبی ترومبوپلاستین، تست زمان پرترومبین، تست فیبرینوژن
۳	دیالیز (خونی و صفاتی)	ارائه کارت انجمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه‌ها
۴	مالتیپل اسکلروزیس - ام اس	جواب ام آر آی مغز و نخاع و یا کارت انجمن ام اس
۵	سرطان‌ها (cancer)	جواب پاتولوژی + نسخ تجویزی
۶	پارکینسون	ارائه نسخه پزشک متخصص مغز و اعصاب
۷	هپاتیت	ارائه جواب آزمایش‌های هپاتیت
۸	ایدز	ارائه جواب آزمایش ایدز
۹	شیمی درمانی و رادیو تراپی	ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد + نسخه‌های تجویزی
۱۰	متابولیک موکوپلی سایکاریدوز	ارائه جواب آزمایش ادرار که نشان دهنده میزان زیاد موکوپلی ساکارید در آن هست و نسخ پزشک متخصص، ارائه جواب پاتولوژی بافت درگیر
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 + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۷	گوشه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۸	نیمن پیک C/D	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۹	دیستروفی عضلات دوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۰	دیستروفی عضلات غیردوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۱	پیوند کلیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۲	پیوند کبد	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۳	پیوند قلب	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۴	پیوند ریه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۵	پیوند پانکراس	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۶	پیوند روده	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۷	پیوند قرنیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
28	پیوند مولتی ویسرال	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۹	پیوند سلولهای بنیادی خون ساز (مغز استخوان)	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی

ادامه ضمیمه (۱) بیمه‌بنا

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تأیید
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	رتینوپاتی	عکسبرداری تخصصی شبکیه چشم + نسخ تجویزی
۳۵	روانی مزمن	نسخ تجویزی روانپزشک
۳۶	دیستروفی کمربند شانه و لگن ، دیستروفی FSHD دیستروفی مادرزادی و میوپاتی (غیردوشن)	نوار عصب و عضله + نسخ داروهای تجویزی
۳۷	نارسایی مزمن کلیه	سونوگرافی + اسکن کلیه‌ها + نسخ تجویزی
۳۸	متابولیک ام پی اس	آزمایش اختصاصی
۳۹	نقص سیستم ایمنی اولیه	آزمایش اختصاصی
۴۰	فنیل کتونوری کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۱	فنیل کتونوری غیر کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۲	تیروزینمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۳	بیماری ادرار شربت افرا (MSUD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۴	اختلال سیکل اوره (NAGS deficiency)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۵	اختلال اکسیداسیون اسیدهای چرب (MCADD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۶	گلو تاریک اسیداور	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۷	هموسیتنوری کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۸	هموسیتنوری غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۹	متیل مالونیک اسیداور	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۰	متیل مالونیک اسیداور غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۱	پروپونیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۲	ایزووالریک اسیدمی (IVA)	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۳	اختلال ارگانیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۴	آدرنولکودیستروفی (ALD)	اسکن + آزمایش
۵۵	گالاکتوزمی	آزمایش
۵۶	سوء جذب گلوکز گالاکتوز (GGMA)	آزمایش
۵۷	هایپرلیپوپروتینما	آزمایش
۵۸	هیپوتالپوپروتینما	آزمایش
۵۹	آبتالپوپروتینمی	آزمایش
۶۰	کمبود آدنوزین کیناز (Adenosine kinase deficiency)	آزمایش اختصاصی
۶۱	سلیاک	آزمایش + اسکن یا MRI + آندوسکوپ و کولونوسکوپ

بیمه‌بنا

شعبه خرم‌آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

ضمیمه (۲) بیمه سينا

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

نام خانوادگی : نام :

تاریخ تولد : کد ملی :

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 ،
ضرر و زیان بیمه گر را جبران خواهم نمود.

امضاء : تأیید بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی : امضاء :

شرکت بیمه گذار

شرکت سهامی بیمه


بیمه سينا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
1	ساخت و تعمیر دندان مصنوعی	60,000,000
2	پارشیل دندان یابت هر دندان	25,000,000
3	شیشه عینک طبی	25,000,000
4	عینک طبی (فریم و شیشه عینک)	75,000,000
5	کنتاکت لنز (یک جفت)	65,000,000
6	خرید و تعمیر سمعک (برای یک یا دو گوش)	1,500,000,000
7	چشم مصنوعی	450,000,000
8	صندلی چرخدار (ویلچر)	300,000,000
9	حنجره مصنوعی (سر و کس)	600,000,000
10	دستگاه محرک عصبی	175,000,000
11	عصا	30,000,000
12	واکر	55,000,000
13	20 کفش کلاب فوت زیر	130,000,000
14	30 تا 21 کفش طبی شماره	150,000,000
15	35 تا 31 کفش طبی شماره	175,000,000
16	به بالا 36 کفش طبی شماره	200,000,000
17	کوتاهی کفش از یک تا سه سانت هر سانت	12,500,000
18	کوتاهی کفش از سه سانت به بالا هر سانت	35,000,000
19	کفی پنجه (پروتز پنجه بصورت کفش داخلی)	60,000,000
20	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از یک تا سه سانت	75,000,000
21	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از سه سانت به بالا	100,000,000
22	مح بند طبی	30,000,000
23	اسپلینت هالوسیس و الگوس از نوع بند دار (یک زوج)	45,000,000
24	کفی چرمی با قابگیری (یک جفت)	70,000,000
25	کفی الومینومی با ساپورت	60,000,000
26	کف طبی چرمی آماده با ساپورت و پد متاتارسال (یک جفت)	25,000,000
27	سال 18 بریس قفلدار زانو تا	150,000,000
28	سال به بالا 18 بریس قفلدار زانو	185,000,000
29	سال 15 کمر بند با مفصل ران یک طرفه تا	88,000,000
30	سال 18 تا 15 کمر بند با مفصل ران یک طرفه	105,000,000
31	سال 18 کمر بند با مفصل ران دو طرفه تا	55,000,000
32	سال به بالا 18 کمر بند با مفصل ران دو طرفه	61,000,000
33	بریس آویزانی از استیل	72,000,000
34	سال 13 تا Long-Legbrace بریس بلند یکطرفه بدون مفصل زانو	100,000,000
35	سال به بالا 13 بریس بلند یک طرفه بدون مفصل زانو	125,000,000
36	سال 13 بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو تا	175,000,000
37	سال به بالا 13 بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو	200,000,000
38	سال 13 زانو بند فلزی با کرست ساق و ران تا	60,000,000
39	سال به بالا 13 زانو بند فلزی با کرست ساق و ران	65,000,000
40	بریس کوتاه دو طرفه Short Leg brace - bilateral (4 تا 7 سال)	100,000,000

بیمه سینا
شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارگزاران
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
۴۱	سال ۱۵ تا ۷ بریس کوتاه دو طرفه	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۲	سال به بالا ۱۵ بریس کوتاه دو طرفه	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۳	brace Leg Short سال ۹ تا ۵ بریس کوتاه یک طرفه	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۴	سال ۱۵ تا ۹ بریس کوتاه یک طرفه	۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۴۵	بریس کوتاه یک طرفه بزرگسال	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۶	سال ۱۳ اسپلینت دراپ فوت تا	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۷	سال ۱۸ تا ۱۳ اسپلینت دراپ فوت	۱۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۸	سال به بالا ۱۸ اسپلینت دراپ فوت	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۹	سال ۱۳ اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ تا	۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۰	سال به بالا ۱۳ اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۱	سال ۱۳ اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ تا	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۲	سال به بالا ۱۳ اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۵۳	اسپلینت دینامیک انگشت و مج	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۴	سال ۱۳ اسپلینت دینامیک فتردار تا	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۵	سال ۱۸ تا ۱۳ اسپلینت دینامیک فتردار	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۶	سال به بالا ۱۸ اسپلینت دینامیک فتردار	۴۲,۰۰۰,۰۰۰
۵۷	اسپلینت آرنج با مفصل هوسمر	۵۶,۰۰۰,۰۰۰
۵۸	بریس لسگاتیس رایث	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۹	(هایپراکستنشن) زانو بند سوئدی	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۶۰	دنیس براون متحرک از استیل	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۶۱	کست بریس یا مفصل پلی سنتریک	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۶۲	کست بریس مدرج	۳۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۶۳	بریس آسیمتریک (ستون فقرات) بزرگسال	۲۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۶۴	سال ۱۳ بریس آسیمتریک (ستون فقرات) تا	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۶۵	سال ۱۳ (تا) T.L.S.O کرسر تورا کولومبوساکرال	۵۱,۰۰۰,۰۰۰
۶۶	سال ۱۲ (تا) T.L.S.O کرسر تورا کولومبوساکرال	۱۰۸,۰۰۰,۰۰۰
۶۷	سال ۱۳ ترانک کرسر چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات) تا	۵۱,۰۰۰,۰۰۰
۶۸	سال به بالا ۱۳ ترانک کرسر چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات)	۱۵۳,۰۰۰,۰۰۰
۶۹	بریس هیپراکستنسیون جونت (ستون فقرات) تا ۱۳ سال	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۷۰	سال به بالا ۱۳ بریس هیپراکستنسیون جونت (ستون فقرات)	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۱	بریس گردن هالو (فلزی یا چهار میله)	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۲	سومی بریس برای گردن	۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۳	پروتز کاتادین (اندام تحتانی)	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۴	پروتز روی زانو (اندام تحتانی)	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۵	پنجه کوزینگر خارجی (اندام تحتانی)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۶	پنجه تمام لاستیکی خارجی (اندام تحتانی)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۷	پنجه پیروگوف خارجی (اندام تحتانی)	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۸	پنجه مفصل دار خارجی (اندام تحتانی)	۱۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۷۹	پنجه ساج فوت ایرانی (اندام تحتانی)	۱۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۸۰	بریس زیر زانو پی تی پی باند	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰

بیمه

شعبه خرم آباد
کد ۱۰۲۸

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
کد	نام	سقف تعهد (ریال)
۸۱	بریس بلندآرنج	87,500,000
۸۲	(تاندونیت دکوران)thump wrist بریس	54,000,000
۸۳	بریس بوستون	400,000,000
۸۴	ماسک صورت (چانه بند)	22,000,000
۸۵	شلوارک زیر زانو	22,000,000
۸۶	ایلویا (ران وساق)	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۸۷	انگشت هرتکه که حدوداً سه انگشت را پوشش می دهد	۱۰۸,۰۰۰,۰۰۰
۸۹	(40x30 cm شیت ورقه ای برای ناحیه شکم و پشت (ابعاد	۵۴,۰۰۰,۰۰۰
۹۰	پروتز کره چشم	85۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۱	تشک موج	۲۶۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۲	کپسول اکسیژن	۱۶۸,۰۰۰,۰۰۰
۹۳	زانو بند مفصل دار	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۴	زانو بند پالمبو	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۵	ابداکش بریس	۱۵۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۶	بریس میلوکی از ارنولن (ستون فقرات)	4۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۷	بریس نایت نیلور (ستون فقرات)	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۸	اسپلینت دینامیک مچ (اسپلینت عنکبوتی)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۹	پروتز سایم (اندام تحتانی)	1,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۰	پروتز زیر زانو (اندام تحتانی)	1,5۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۱	پروتز بالای زانو (اندام تحتانی)	2,0۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۲	پروتز زیر آرنج (اندام فوقانی)	2,0۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۳	پروتز بالای آرنج (اندام فوقانی)	25۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۴	پروتز روی آرنج (اندام فوقانی)	2,5۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۵	پروتز مچ دست (اندام فوقانی)	1,0۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۶	پروتز شانه (اندام فوقانی)	1,25۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۷	دستگاه اکسیژن ساز	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۸	دستگاه cpap	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۹	جوراب واریس کوتاه	۱۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۰	جوراب واریس بالای زانو	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۱	زانو بند	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۲	قوزک بند برزنتی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۳	کلیه بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۴	گردن بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۵	شکم بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۶	دستگاه کنترل میزان قند خون بر روی بدن	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰

بیمه سینا

کد ملی بیمه شده	سن (سال)	نوع هزینه	هزینه ارائه شده (ریال)	نوع ارائه هزینه	هزینه پرداختی بیمه گر	تاریخ ارائه هزینه به بیمه گر	تاریخ پرداخت هزینه به بیمه شده	مرکز درمانی	نوع مرکز	وضعیت بیماری خاص و صعب العلاج

کد نوع هزینه		کد نوع بیمه شده	
نوع پوشش	کد	نوع بیمه شده	کد
بیمارستانی (اصلی)	1	اصلی شاغل	1
اعمال مجاز سرپایی	2	تحت تکفل شاغل	2
اعمال جراحی فوق تخصصی	3	والدین غیر تحت تکفل شاغل	3
ارتوز	4	همسر غیر تحت تکفل شاغل زن	4
آمبولانس	5	فرزند غیر تحت تکفل شاغل	5
اورژانس	6	همسر فرزند ذکور غیر تحت تکفل شاغل	6
ویزیت	7	اصلی بازنشسته	7
دارو	8	تحت تکفل بازنشسته	8
خدمات پاراکلینیکی	9	غیر تحت تکفل بازنشسته	9
زایمان	10	جنسیت بیمه شده	
خدمات آزمایشگاهی	11	زن	1
رفع عیوب انکساری چشم	12	مرد	2
عینک	13	بیماری خاص و صعب العلاج	کد
فیزیوتراپی	14	هست	1
نازایی و ناباروری	15	نیست	2
تهیه اعضای طبیعی بدن	16	هست	1
دندانپزشکی (به غیر از ایمپلنت)	17		
ایمپلنت	18		

مرکز درمانی	کد
طرف قرار داد	1
غیر طرف قرارداد	2

نوع مرکز درمانی	کد
خصوصی	1
دولتی	2
نهاد عمومی غیر دولتی	3
خیریه	4
نوع ارائه هزینه	کد
مستقیم	1
غیر مستقیم	2

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان

بیمه سینا

ضمیمه (۵)

ردیف	کد	شرح کد	تعرفه (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 بیماران دارای زخم بستر سطح یک برای یک ناحیه	۱,۳۴۰,۰۰۰
۶	۹۶۰۰۵۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک به ازای هر ناحیه اضافه	۶۷۰,۰۰۰
۷	۹۶۰۰۶۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو برای یک ناحیه	۱,۹۸۰,۰۰۰
۸	۹۶۰۰۶۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو به ازای هر ناحیه اضافه	۹۹۰,۰۰۰
۹	۹۶۰۰۷۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران 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 بیماران 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 ۲۵ درصد سوختگی)	۲,۶۴۰,۰۰۰
۱۲	۹۶۰۰۸۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۱ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۱,۸۴۰,۰۰۰
۱۳	۹۶۰۰۹۰	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۲ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۲,۶۴۰,۰۰۰
۱۴	۹۶۰۰۹۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۳ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۳,۱۵۰,۰۰۰
۱۵	۹۶۰۱۰۰	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای برای یک ناحیه	۳,۶۳۰,۰۰۰
۱۶	۹۶۰۱۰۱	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای هر ناحیه اضافه	۱,۸۱۰,۰۰۰
۱۷	۹۶۰۱۴۰	تعویض کاتتر با سوند مثانه (فولی) (شامل هزینه های مصرفی، سوند فولی و ست ارائه خدمت)	۴,۵۴۰,۰۰۰
۱۸	۹۶۰۱۴۵	خارج کردن سوند ادراری یا فولی	۱,۳۱۰,۰۰۰
۱۹	۹۶۰۱۵۰	خون گیری وریدی یک یا چند بار مثل تست تحمل گلوکز با 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 تراپی در منزل (به همراه هر تعداد داروی داخل سرم)	۲,۱۴۰,۰۰۰
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	گذاشتن یا تعویض لوله بینی - معده ای با دستور پزشک	۳,۵۰۰,۰۰۰

اداره کارکنان
شرکت آب و فاضلاب استان لرستان