

به نام خدا

خلاصه تعهدات قرارداد بیمه درمان کارکنان (شاغلین و بازنشستگان) شرکت توزیع نیروی برق استان اردبیل

تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۹۷/۰۴/۰۱

تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۹۸/۰۴/۰۱

موضوع قرارداد بیمه :

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

تبصره های مهم :

۱- پدر و مادر غیرتحت تکفل کارکنان شاغل و نیز همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان شاغل 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 اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می‌شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی مانند سوابق داشتن دفترچه بیمه درمانی از طرف بیمه‌شده اصلی (در مورد کارکنان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت داشتن دفترچه درمانی تبعی ۱) و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه‌شده اصلی و یا سایر مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه‌گزار به بیمه‌گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

۲- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند، ادامه پوشش بیمه درمانی منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرارداد توسط بیمه‌شده و از طریق بیمه‌گزار به بیمه‌گر خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه‌گر تعهدی در خصوص جبران هزینه‌های درمان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

تعهدات بیمه‌گر

در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان بارعایت تبصره‌های ذیل عبارت است از:
تبصره ۱: درمورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که تعرفه مصوب هیأت وزیران در **بخش دولتی** را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هئیت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود).

تبصره ۲: در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده صفر خواهد بود.

تبصره ۳: مبنای محاسبه هزینه‌های پرداخت نشده، تعرفه اعلامی مصوب وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه می‌باشد.

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

الف - تعهدات بیمه‌گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی‌نامه از بیمه‌گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب- تعهدات بیمه‌گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه‌گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی‌نامه با رعایت اصل همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم‌درجه طرف قرارداد در منطقه و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و پرداخت خواهد شد.

تبصره: در کلیه موارد فوق هزینه‌های قابل پرداخت با کسر فرانشیزهای ذیل محاسبه خواهد شد.

۲- هزینه اعمال جراحی قلب، پیوند کلیه و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال ۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۳- هزینه‌های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در کلیه بیمارستانهای درجه یک، دو و سایر بیمارستانها با ۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۴- پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل ام اس، تالاسمی، هموفیلی، نارسایی مزمن کلیه و دیالیز) و بیماری‌های صعب‌العلاج (شامل کانسر، پارکینسون، هپاتیت، ایدز، شیمی‌درمانی و پیوند مغز استخوان BMT) بر اساس تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص سایر بیماری‌های صعب‌العلاج با نظر مشترک وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی بیمه‌گر اقدام خواهد شد.

۵- هزینه‌های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری، سقوط یا برخورد شی در حین انجام کار (در صورت اعلام مراتب به بیمه‌گر حداکثر ظرف مدت سه روز کاری پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

۶- در خصوص هزینه‌های تشخیصی-درمانی سرپایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی و لیزر درمانی ابتداءً ۲۰٪ فرانشیز از هزینه پرداختی (در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه‌گر شده می‌باشد) کسر و حداکثر تا سقف تعرفه‌های مصوب بخش خصوصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد پرداخت می‌شود.

۷- انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سرپایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت تائید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۳دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۲۶/۰۰۰/۰۰۰ ریال (بیست و شش میلیون ریال) قابل پرداخت است.

۸- لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداسدگی شبکیه، قوز قرنیه و...) با رعایت اصل همترازی و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

۹- هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه‌های همترازی بیمه‌گر و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت تبصره ۱ از ماده ۸ تیپ قرارداد قابل جبران خواهد بود.

- ۱۰- ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش خصوصی حداکثر تا تعرفه بخش خصوصی مصوبه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد بدون اعمال فرانشیز قابل پرداخت است (تعرفه های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد).
- ۱۱- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی- گیاهی) که در دفترچه درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر ۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۱- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر بر اساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است. چنانچه پزشک متخصص معالج ضرورت مصرف داروی خارجی که مشابه تولید داخلی دارد را در پشت برگ نسخه تصریح نماید و پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آن را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) با کسر ۱۰٪ فرانشیز قابل جبران می باشد.
- 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 نسخه توسط بیمه گر، بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد)، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر ، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است.
- تبصره ۳- هزینه سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد و همچنین تزریقات بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با کسر ۱۰٪ فرانشیز قابل جبران است.
- ۱۲- هزینه مربوط به وسایل کمک پزشکی که در داخل بدن بکار می رود با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرایط این تفاهنامه محاسبه و پرداخت می شود همچنین وسایل کمک پزشکی دیگر که در خارج از بدن کار گذاشته می شود مانند سمعک، واکر و ... با تأیید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر محاسبه و حداکثر تا ۵ برابر جدول تعرفه سازمان تامین اجتماعی مربوط به سال ۹۳ پرداخت می شود. هزینه سمعک بدون رعایت جدول مذکور تا سقف ۲۷۰۰۰۰۰۰ ریال و بدون کسر فرانشیز و هزینه جوراب واریس و کمربند طبی با اعمال جراحی بیمارستانی تا ۶ برابر تعرفه فوق قابل پرداخت خواهد بود.
- ۱۳- تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر با کسر فرانشیز همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعبالعلاج تا سقف ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (دویست میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه گر می باشد.
- ۱۴- تأمین هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی، IVF، IUI، GIFT، ZIFT و هزینه های داروئی مانند HMG، HCG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (یکصد میلیون ریال) جهت هر یک از زوجین می باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).
- ۱۵- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس برای داخل شهری به مبلغ ۷۵۰۰۰۰۰ ریال و بین شهری ۱۵۰۰۰۰۰۰ ریال با رعایت شرایط تیپ قرارداد قابل پرداخت می باشد.
- ۱۶- هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستان های همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

۱۷- تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) هر دو سال یکبار حداکثر تا سقف ۳/۵۰۰/۰۰۰ (سه میلیون و پانصد هزار) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۴/۸۰۰/۰۰۰ (چهار میلیون و هشت صد هزار ریال).

۱۸- جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینائی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار حداکثر تا نصف سقف تعهد عینک یک دید در بند ۱۲-۸ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود .

توجه: بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گزار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید .

۱۹- هزینه های درمانی خارج از کشور:

هزینه های درمانی خارج از کشور بیمه شدگان مطابق شرایط تیپ قرارداد.

۲۰ - خدمات دندانپزشکی

تعهدات مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال ۲۵٪ فرانشیز در هر مورد تا سقف ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ (سی میلیون) ریال برای هر خانوار در طول مدت قرار داد و بدون اعمال تعرفه سندیکای بیمه گران مورد تعهد بیمه گر می باشد. (ارائه مدارک هزینه ای مطابق نحوه اعلام شده الزامی می باشد.)

قابل توجه کلیه بیمه شدگان محترم: در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه گر هزینه های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد به حساب بانکی بیمه شده اصلی واریز می گردد.

۲۱

- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی به بیمه گر در مورد هزینه های دندانپزشکی که قبل از انقضای این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد و همچنین ارائه هزینه های پاراکلینیکی ۲ ماه و در مورد هزینه های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه می باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. لیکن در مورد هزینه های بیمارستانی در صورت موجه بودن تأخیر به شرط اعلام بیمه گزار به بیمه گر در طول مدت تعیین شده فوق الذکر تا مدت ۸ ماه مورد پذیرش خواهد بود.