



قرارداد

شماره : ۱۶۹۹۷۶

تاریخ : ۱۴۰۱/۶/۲۷

پیوست :

بیمه نامه درمان گروهی

این بیمه نامه فیما بین شرکت سهامی بیمه دانا و سازمان بهزیستی کشور که به موجب پیشنهاد کتبی (که جزو لاینفک بیمه نامه است) به شماره های ۹۰۰/۱۴۰۱/۴۷۲۲۵ مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۱۱ و ۹۰۰/۱۴۰۱/۸۳۵۳۹ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۱ که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گزار نامیده می شوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورایی بیمه و عرف بیمه در ایران به شرح ذیل منعقد می گردد:

مشخصات بیمه نامه

تاریخ صدور:	شماره بیمه نامه :
تاریخ شروع صفر بامداد : ۱۴۰۱/۰۷/۰۱	تعداد بیمه شدگان : با الحاقیه تعیین می گردد .
تاریخ انقضاء صفر بامداد : ۱۴۰۲/۰۷/۰۱	شماره بیمه نامه دوره قبل:

مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: بیمه دانا	نشانی بیمه گر: تهران ، خیابان گاندی ، خیابان پانزدهم ، پلاک ۲
شماره ثبت : ۱۹۰۰۳	تلفن : ۰۲۱-۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰
کد پستی: ۱۵۱۷۸-۹۷۷۹۷	شماره اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹
شناسه ملی: ۱۰۱۰۰۶۴۱۹۶۶	

مشخصات بیمه گزار

نام بیمه گزار: سازمان بهزیستی کشور	نشانی بیمه گزار: تهران ، میدان امام خمینی ، خیابان فیاض بخش ، شماره ۱۱۲۱
شماره ثبت : -	تلفن : ۰۲۱-۶۶۷۰۸۹۳۰
کد پستی: ۱۱۱۴۶۴۸۸۱۴	شماره اقتصادی: ۴۱۱۴۱۵۳۴۱۴۸۹
شناسه ملی: ۱۴۰۰۰۲۸۶۰۸۴	

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر	سقف تعهد بیمه گر	تعهد برای نفر	نوع
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و اعمال جراحی Day Care، درمان طبی، آنژیوگرافی عروق کرونر، انواع سنگ شکن در بیمارستان و تزریق آمپول آوستین، جراحی دیسک ستون فقرات، هزینه های انواع سرطان و شیمی درمانی، رادیو تراپی، پروتو درمانی، هزینه های داروهای بیماران خاص و ام اس، هموفیلی، تالاسمی، هزینه های بستری بیماران اعصاب و روان، (CTANGIO، MRANGIO)، پیوند قرنیه چشم، لوازم مصرفی اتاق عمل، پروتز، گامانایف در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.	بدون سقف	*	٪ ۱۰
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیو تراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	بدون سقف	*	٪ ۱۰
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین، کورتاژ تخلیه ای محصول حاملگی	بدون سقف	*	٪ ۱۰
۴	جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، Gift، Zift، میکرواینجکشن و Ivf	بدون سقف	*	٪ ۱۰
۵	جبران هزینه پاراکلینیکی شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، سونوی داپلر، ام آر ای، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، اتل گذاری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، SDS، مگنت تراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، کشیدن ناخن، شستشوی گوش، طب هسته ای، دانسیتومتری، پاتولوژی، انواع آندوسکوپی، سی تی آنژیوگرافی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، نقشه مغزی، اسکن مغزی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، تست آلرژی، سیستوسکوپی، سینوسکوپی، ORB، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، تمپنومتری، پاکیمتری، هزینه سنجش تراکم استخوان، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV)، تست مثانه، لنز درمانی، اکو اسکن، پاپ اسمیر (تست سرطان)، آنژیواسکن قلب، اکو چشم، تزریق داخل ضایعه، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتز پزشکی چشم مانند اپتومتری، بررسی عصب بینایی، فوندوسکوپی، کانفواسکن، انترپیون، تزریقات، هزینه کاروپراکتیک (Chiropractic prp)، کولونوسکوپی، کایوتراپی، تزریق در خصوص دردهای مفصلی، سرم تراپی، Iolm نقاط مختلف بدن، RF-GDX، سینه، نوار چشم، بیرون آوردن جسم خارجی، برداشتن میخچه، جرای ناخن، خونریزی بینی، شالازیون، تست خواب، ناخنک چشم، سوزن و نوار تست قند خون، استرس اکو، تست تنفسی، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، OCT، ICG-ORB، SCAN - SMART، انواع سنجی (انواع ادیومتری)، انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک، خدمات اورژانس به شرط شارژ تخت اورژانس، پانسمان، سیستومتری یا سیستوگرام، رکتوسکوپی، ABR، orb، scant، Ver Smart، تست های غربالگری جنین (مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)، فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT)	بدون سقف	*	٪ ۱۰
۶	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم نظیر لیزیک و PK در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی دو چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	*	٪ ۱۰
۷	جبران هزینه های ویزیت و مشاوره پزشکی، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً) مازاد بر سهم بیمه گر اول (و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری)	بدون سقف	*	٪ ۱۰
۸	جبران هزینه های سرپایی و بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (شناور)	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	*	٪ ۱۰
۹	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی یا تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	*	٪ ۱۰
۱۰	جبران هزینه های اروتز و پروتز، عصا، ویلچر، انواع کمربند و شکم بند طبی، جوراب واریس، کفش طبی و کفی طبی، گردن بند، مچ بند، زانو بند، انواع آتل، واکر، تشک مواج (تعهدات این بند در صورت ارائه گواهی ز پزشک متخصص می باشد). جبران هزینه مربوط به خرید سمعک	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	*	٪ ۱۰
۱۱	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	داخل شهری	بدون سقف	٪ ۱۰
		بین شهری	بدون سقف	٪ ۱۰

قرارداد

شماره : ۱۶۹۹۷۶

تاریخ : ۱۴۰۱/۰۶/۲۷

پیوست :

(۵-۱) جمع تعهدات بیمه گر در خصوص هزینه های بیمارستانی اعم از جراحی تخصصی ، جراحی عمومی و درمان طبی و همچنین هزینه های آمبولانس (درون شهری و برون شهری) حداکثر معادل سقف جراحی تخصصی خواهد بود .

(۵-۲) هزینه های دندان پزشکی براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که سالیانه توسط مراجع ذیصلاح قانونی ابلاغ می گردد .

(۵-۳) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج جبران می گردد.

(۵-۴) بیمه گر تعهد می نماید از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبتة درمانی بیمه شدگان که فاقد نقص مدرک بوده باشد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید .

(۵-۵) بیمه گر خسارات (هزینه های) مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی را تنها در صورتی پرداخت می نماید که دارای مجوز قانونی اقامت با حق کار مشخص و پروانه کار بوده باشند .

ماده ۶ - وظایف بیمه گزار و بیمه شده

(۶-۱) بیمه گزار می بایست حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ انعقاد قرارداد (منظور زمان امضاء و تایید قرارداد) لیست اسامی و مشخصات نهائی بیمه شدگان را مطابق با لیست بیمه گر پایه به صورت یکجا و بطور خوانا و بدون قلم خوردگی که حاوی اطلاعاتی از جمله : نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز / ماه / سال ، شماره حساب بیمه شده اصلی شماره شبا، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با بیمه شده اصلی ، جنسیت ، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تامین اجتماعی و یا سایر بیمه گران پایه باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه لوح فشرده حاوی اطلاعات مذکور) و پس از مهر و امضاء به انضمام نامه رسمی با ذکر تعداد بیمه شدگان اصلی و تحت تکفل و غیر تحت تکفل جهت بیمه گر صرفا طی یک مرحله با درج شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی به بیمه گر تسلیم نماید، شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، برقراری پوشش جهت افرادی که از سوی بیمه گزار تحت عنوانی از جمله از قلم افتاده اعلام می گردد قابل بررسی و انجام نمی باشد .

(۶-۲) اعلام تغییرات ناشی از افزایش بیمه شدگان ، صرفا " شامل افراد جدید الاستخدام ، انتقالی ، مامورین به همراه خانواده شان ، فرزندان که در طول قرارداد بدنیای می آیند (با رعایت بند ۶-۶) و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد ازدواج می نمایند و همچنین افرادی که در طول مدت قرارداد تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار می گیرند ، خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام ، تصویر شناسنامه ، مدارکی دال بر کفالت و ...) ازسوی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ وقوع موارد فوق الذکر طی نامه کتبی و معتبر به بیمه گر تسلیم گردد .

(۶-۳) اعلام تغییرات ناشی از کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد ، صرفا " شامل افراد مستعفی ، فوتی ، بازنشسته ، انتقالی ، اخراجی و قطع همکاری یا خروج از کفالت می باشد که با ارائه مدارک مثبتة (مانند حکم قطع همکاری ، حکم انتقال ، گواهی فوت و ...) طی نامه کتبی و معتبر حداکثر ظرف مدت زمان دوماه میسر خواهد بود.

تبصره بند ۳-۶ : حق بیمه بیمه شدگان در صورت دریافت خدمات (اخذ خسارت ، اخذ معرفی نامه و ثبت هزینه در کاردکس) قابل برگشت نبوده و بیمه گزار موظف به پرداخت آن تا پایان قرارداد می باشد .

تبصره بند ۲-۶ و ۳-۶ : شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید ، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گزار و در مورد حذف بیمه شدگان (در چارچوب مفاد بیمه نامه) زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گزار با اخذ مستندات می باشد .

۴-۶) در صورت تشخیص و صلاحدید پزشک و دندان پزشک معتمد بیمه گرمینی بر ضرورت معاینه بیمار جهت پرداخت خسارت مربوطه در هر مقطع زمانی.....

تاریخ:

بیمه شده و بیمه گزار موظفند در این خصوص همکاری های لازم را به عمل آورند.

۵-۶) مهلت تحویل اسناد و مدارک مربوط به هزینه های درمانی موضوع این قرارداد از سوی بیمه شده و یا بیمه گزار، شش ماه از تاریخ انجام آن و حداکثر تا سه ماه پس از انقضاء و یا فسخ قرارداد می باشد. براین اساس پس از سپری شدن مهلت مذکور بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پذیرش، بررسی و پرداخت هزینه های درمانی را نخواهند داشت.

۶-۶) نوزادان به محض تولد تحت پوشش می باشند مشروط به اینکه بیمه گزار حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز از تاریخ تولد تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقیه برقراری پوشش طی نامه کتبی معتبر به بیمه گر تسلیم نماید .

۶-۷) حق بیمه شدگان، که درخواست انصراف از پوشش را داشته باشند به هیچ وجه قابل برگشت نبوده و بیمه گزار متعهد به پرداخت آن می باشد.

۸-۶) بیمه شدگانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها ظرف مدت حداکثر یک ماه توسط بیمه گزار از تاریخ مرخصی به بیمه گر و پرداخت یکجای کلیه حق بیمه های مربوطه طی فیش نقدی حداکثر تا ۱۵ روز پس از اعلام کتبی، می توانند تا انقضای بیمه نامه تحت پوشش باقی بمانند.

۹-۶) بیمه گزار می بایست یکماه پس از تاریخ صدور الحاقیه اضافی مبلغ حق بیمه اضافه شده رابه بیمه گر پرداخت نماید و چنانچه الحاقیه صادره مورد قبول بیمه گزار واقع نگردد در مدت یاد شده فرصت خواهد داشت که کتباً اعتراض خود را با ارسال مدارک مثبت به بیمه گر اعلام نماید در غیر اینصورت الحاقیه صادره مورد قبول تلقی شده و بیمه گزار موظف به پرداخت حق بیمه صادره با رعایت ماده ۱ و ۲ شرایط خصوصی خواهد بود.

۱۰-۶) چنانچه بیمه شدگان معرفینامه دریافتی جهت بهره مندی از خدمات مراکز طرف قرارداد بیمه دانا را استفاده نمایند می بایست نسبت به عودت آن (جهت حذف از سوابق درمانی بیمه شده) حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ صدور اقدام نمایند در غیر اینصورت مسئولیت هر گونه استفاده از معرفینامه بعد از بیمه شده بوده لذا بیمه گزار موظف می باشد موضوع مذکور را به اطلاع بیمه شدگان برساند.

۱۱-۶) بیمه شده و بیمه گزار موظفند در خصوص اعمال مربوط به جراحی فتق ناف و شکمی (هرنی) ، جراحی کاهنده سینه (ماموپلاستی) ، بالن معده ، چاقی مفرط (اسلیو معده و بایپس معده) ، انحراف بینی (سپتوپلاستی) ، افتادگی پلک چشم (بلفاروپلاستی) ، بیماری های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم ، ژنیکو ماستی و استرابیسم ، قبل از هرگونه اقدام ، توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردیده و در صورت تائید اقدام به درمان نمایند ، در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در خصوص پرداخت هزینه های مذکور نخواهد داشت .

۱۲-۶) بیمه گزار موظف می باشد مستندات و مدارک مورد نیاز جهت دریافت معرفی نامه و خسارت اسناد متفرقه (مستقیم) بشرح (پیوست ۲) را در اختیار کارکنان تحت پوشش درمان تکمیلی قرار دهد.

۱۳-۶) در صورت تغییر مالیات و عوارض بر ارزش افزوده طبق رای مراجع دیصلاح قانونی، بیمه گزار موظف به اقدام بر طبق رای صادره می باشد.

۱۴-۶) چنانچه موارد ذکر شده در قرارداد و یا ملحقاتیکه بعداً" و در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظر بیمه گزارطبق تقاضا مطابقت نداشته باشد بیمه گزارموظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تصحیح آنها را تقاضا نماید، در غیر اینصورت مراتب تائید شده تلقی خواهد شد.

۱۵-۶) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد، در صورت نیاز، حق بررسی لیست اسامی بیمه شدگان، اسناد درمانی و حق بیمه واریزی در ارتباط با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ می باشد و بیمه گزار موظف است در این زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.

قرارداد

شماره : ۱۶۹۹۷۶

تاریخ : ۱۴۰۱/۰۶/۲۷

پیوست :

ماده (۷) - سایر شرایط قرارداد

- (۷-۱) جبران هزینه های درمانی مربوط به حادثه تصادف با وسائط نقلیه صرفاً "در صورتیکه بیمه شده مقصر حادثه بوده باشد با ارائه گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و رعایت سایر مفاد صورت خواهد پذیرفت.
- (۷-۲) فرزندان ذکور مجرد و والدین غیر تحت تکفل کارکنان شاغل (مونث و مذکر) با پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً "در ابتدای قرارداد وبا شرایط پیش بینی شده در این قرارداد ، میتوانند تحت پوشش قرار گیرند .
- (۷-۳) کلیه کارکنان شاغل مونث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه اضافی و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً "در ابتدای قرارداد بیمه نمایند .
- (۷-۴) فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل حداکثر تا سن ۲۲ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند . (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام و در مورد دانشجویان مقطع دکترا حداکثر تا سن ۲۶ سال تمام) و فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل به شرط عدم اشتغال حداکثر تا سن ۳۰ سال تمام با پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً "در ابتدای قرارداد می توانند تحت پوشش قرار گیرند .
- (۷-۵) چنانچه سقف سنی بیمه شدگان در طول مدت قرارداد کامل گردد تعهد بیمه گر مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد بقوت خود باقیست .
- (۷-۶) بیماریهای مزمن از قبیل : فتق ، لوزه و گواتر ، انواع سل ، صرع ، پروستات ، دیسک ستون فقرات ، بیماریهای نئوپلاستیک ، پولیپ ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن ، کیست تخمدان ، هیستریکتومی ، سیستوسل و رکتوسل ، نارسائی مزمن کلیه ، سنگ کلیه و کیسه صفرا ، ماستیوئیدکتومی ، کاتاراکت ، امراض مزمن قلبی ، عروقی دیابت ، (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو . آی سی یو بشود) می باشد .
- (۷-۷) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه محاسبه و دریافت می گردد ، بدیهی است هنگام حذف بیمه شده طبق مفاد قرارداد فیمابین ، حق بیمه تا پایان ماه پوشش بیمه شده محاسبه و در صورت دریافت خدمات ، حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد اخذ می گردد .
- (۷-۸) به موجب ماده ۳۳ قانون بیمه ، بیمه گر نسبت به حق بیمه در مقابل هرگونه طلبکاری برمال بیمه شده و یا بیمه گزار حق تقدم دارد حتی اگر طلب سایرین بموجب سند رسمی باشد .
- (۷-۹) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.
- (۷-۱۰) فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال بکار تحت پوشش میباشند.
- (۷-۱۱) پوشش بیمه ای فرزندان معلول ذهنی وجسمی کارکنان تحت پوشش ، بدون در نظر گرفتن شرط سنی با ارائه مدارک مثبتیه از مراجع ذیصلاح همانند سایر بیمه شدگان بیمه خواهند بود (باتوجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)
- (۷-۱۲) چنانچه کارکنان شاغل در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده گردند ادامه پوشش آنان به همراه اعضاء خانواده با درخواست بیمه گزار با دریافت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا بلامانع خواهد بود .
- (۷-۱۳) حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین ، برای بیمه گر و بیمه گزار محفوظ است .

قرارداد

شماره : ۱۶۹۹۷۶
تاریخ : ۱۴۰۱/۱۶/۲۷
پیوست :

بخش دوم - (شرایط عمومی)

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد بامفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۱ – تعریف بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا که جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۲- تعریف بیمه گزار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که متعهد به پرداخت حق بیمه است و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۳ - بیمه گر پایه : سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه سلامت ، سازمان تامین اجتماعی و..... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات موظف به ارائه خدمات بیمه درمان پایه هستند .

ماده ۴ - گروه بیمه شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گزار که به طور تمام وقت در استخدام بیمه گزار می باشند به همراه اعضای خانواده‌شان که بیمه گزار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند .

۴-۱) بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گزار را صرفاً "درابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

۲-۴) خانواده: منظور از خانواده عبارتست از هریک از کارکنان شاغل بیمه گزار بعنوان سرپرست خانواده و همسر و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

۴-۳ پوشش بیمه ای بیمه شدگان کمتر از ۱۰۰ نفر حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام می باشد. لکن در خصوص افراد بالای ۶۰ سال بیمه گر می تواند با افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد در صورتیکه سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت .

۴-۴) ادامه پوشش بیمه ای برای بازماندگان بیمه شده اصلی متوفی، بشرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا به قوت خود باقی خواهد بود.

۴-۵) کارکنان شاغل بیمه گزار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه سلامت یا سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی یا نیروهای مسلح و یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند باشند.

ماده ۵ - موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است .

(۵-۱) بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی که به تشخیص پزشک موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

۲-۵) حادثه: عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده منجر به جرح، نقص عضو یا کارافتادگی و یا فوت

بیمه شده گردد.



ماده ۶- خسارت ارزیابی شده: مبلغی است که پس از بررسی اسناد و اعمال شرایط بیمه نامه و هم چنین اعمال تعرفه های مصوب شورای عالی دیصلاح قانونی تعیین

میگردد.

ماده ۷- خسارت قابل پرداخت: مبلغی است که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

ماده ۸ - فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه گزار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین شده و تامین آن به عهده بیمه گزار یا بیمه شده می باشد.

۸-۱) در صورتیکه بیمه گر پایه از پرداخت سهم خود به هر دلیلی خودداری نماید کلیه هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر ضمن اعمال تعرفه مصوب قانونی مراجع ذیصلاح، پس از کسر فرانشیزهای مندرج در این قرارداد از خسارت از زیایه شده، محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۲-۸) در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در قرارداد باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۹ - حق بیمه : وجهی است که بیمه گزار ابتدا باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و نحوه پرداخت آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین و توافق شده است (بطوریکه در صورت تاخیر و یا امتناع از پرداخت آن، قرارداد از سوی بیمه گر بدون نیاز به اعلام به حالت تعلیق درآمده و خسارت و هزینه های درمانی بیمه شدگان در مدت تعلیق پرداخت نخواهد شد).

ماده ۱۰ - دوره انتظار: مدت زمانی است که از تاریخ شروع پوشش بیمه ای بیمه شده آغاز می گردد و تا مدت معینی (که در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین شده است) ادامه می یابد و بیمه گر هیچگونه تعهدی درخصوص پذیرش، بررسی و پرداخت خسارات درمانی واقع شده در مدت زمان تعیین شده را برای بیمه شدگان مشمول ماده مذکور نخواهد داشت لذا جبران خسارتهای درمانی، رخ داده در آن مدت از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

۱-۱) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه گر باشد و یا بلافاصله بعد از انقضاء نزد بیمه گر دیگر در این شرکت منعقد شود ، بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموقع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل ، مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

۲-۱۰) در صورتیکه شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه گر دیگر باشد ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگان که به تائید بیمه گر قبلی رسیده باشد الزامیست.

ماده ۱۱ – اعمال جراحی Day Care: به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک شبانه روز باشد.

ماده ۱۲- بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر یا از طریق سامانه سپاد از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده مینمایند صورتحساب براساس قرارداد فیما بین با مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی قرار میگیرد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفی نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند ، می بایست تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گر پایه رسیده باشد را به ضمیمه تصویر اسناد دریافتی معتبر با سند فیش واریزی مربوطه و تصویر دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) بهمراه درخواست کتبی بیمه گزار و یا کارت درمانی معتبر بیمه دانا جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نماید.

توضیح: بیمه گر میتواند 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.

مطـمئن و توانا
ماده ۱۳- هر سه

مطالعه و نوشتن ماده ۱۳ - هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و ابیه تائید قبلی کمسیون پزشکی بیمه گر به خارج اعزام میگردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتیکه سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه ، صورتحسابهای هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تائید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد به ریال پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده براساس بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره: میزان خسارت هزینه های مشمول ماده مذکور بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۴ - بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم نماید. لذا چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوطه براساس تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه رسیدگی خواهد شد و در صورتیکه بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوطه براساس تعرفه‌های قانونی مصوب شده از طرف مراجع ذیصلاح جهت آن مرکز تشخیصی - درمانی، در زمان تحقق هزینه‌ها رسیدگی خواهد شد.

(۱۴-۱) بیمه گزار یا بیمه شده موظفاند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.

۲-۱۴) چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هر کدام از شرکتهای بیمه مخیر است. لذا در صورت استفاده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی درمانی مصوب مراجعه ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۵ - اصل حسن نیت: بیمه گزارو بیمه شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند.

اگر بیمه گزار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً و یا سهواً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً و سهواً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گزار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقاء کند یا آن را فسخ نماید.

تجربه: هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً و یا سهواً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، دراین حالت نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر، نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۶- در موارد بیش بینی نشده در این قرارداد ، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد (در صورت ایجاد ابهام در تفاسیر مفاد قرارداد)

ماده ۱۷ - رایج به داور: بیمه گر یا بیمه گزار می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره

حل و فصل نشد، از طریق داور یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داور، طرفین می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند.

داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داور می کنند هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

ماده ۱۸ - استثنائات: هزینه های درمانی موارد زیر و یا ناشی از موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد:

- ۱- عیوب مادرزادی، مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میشود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج
- ۴- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
- ۵- حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشفشان.
- ۶- فعل و انفعالات هسته ای
- ۷- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر
- ۸- جنون و بیماری های سایکوتیک در صورت عدم پوشش هزینه های بستری بیماری های روان پریش
- ۹- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد
- ۱۰- ترک اعتیاد.
- ۱۱- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر
- ۱۲- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر در سقف تعهد پایه قابل جبران می باشد.
- ۱۳- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
- ۱۴- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۱۵- هزینه های مربوط به رفع معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- ۱۶- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- ۱۷- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۱۸- هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی (تحت عنوان پروتزهای خارج از بدن)
- ۱۹- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
- ۲۰- هزینه های مربوط به اعمال جراحی غیر مجاز در مطب (شرح پیوست یک بیمه نامه)



قرارداد

شماره : ۱۶۹۹۷۶

تاریخ : ۱۴۰۱/۶/۲۷

پیوست :



بیمه‌دانا

مطمئن و توانا

۲۱- هزینه نگهداری بیماران روان پریش

ماده ۱۹ - شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق آئین نامه ۹۹ مصوب شورایعالی بیمه بشرح ذیل می باشد.

الف (موارد فسخ از طرف بیمه گر :

- ۱-عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲-هرگاه بیمه گزارسها" و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که درنظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود .
- ۳- درصورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گزار با افزایش حق بیمه .

ب (موارد فسخ از طرف بیمه گزار:

- ۱-درصورتیکه خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف درحق بیمه نشود .
- ۲-انتقال پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هردلیل .
- ۳- درصورت توقف فعالیت بیمه گزارکه بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند .

ج) نحوه فسخ :

- ۱-درصورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند ، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گزاراطلاع دهد ، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گزارفسخ شده تلقی می گردد.
- ۲-بیمه گزار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر ، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند . در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است ، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

د (نحوه تسویه حق بیمه درموارد فسخ :

- ۱-درصورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گر ، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود .
- ۲-درصورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گزار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه همراه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظورخواهد شد) . درصورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه ، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد ، بیمه گزارمتعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند . بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۲۰ - شرایط تمدید بیمه نامه : تمدید بیمه نامه برای سالهای بعد با توافق طرفین و پس از اخذ درخواست کتبی بیمه گزار انجام خواهد شد.

*شایان ذکر است درصورت تغییر آدرس و کد پستی مراتب می بایست به صورت مکتوب اعلام تا نسبت به صدور الحاقیه و انجام تغییرات اقدام گردد.



ق ر ا ر د ا د

۱۶۹۹۷۶

بیمه گر: شرکت بیمه دانا

۱۴۰۱/۶/۲۷

نام و نام خانوادگی: رضا جعفری

پیوست :

سمت: مدیر عامل

بیمه گزار: سازمان بهزیستی کشور

نام و نام خانوادگی: مرتضی حسینی

سمت: معاون توسعه مدیریت و منابع

پیوست یک: فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

۱	القای بیهوشی عمومی یا بیحسی نخاعی (به استثناء آرامبخشی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارایه خدمت مورد تایید وزارت بهداشت)
۲	انجام الکتروشوک درمانی (ECT)
۳	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (من جمله انواع فتقها)
۴	هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد.
۵	هر گونه اعمال جراحی باز روی استخوانهای بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و "جراحی های مجاز بر روی استخوان فکین از طریق برشهای مخاطی"
۶	جراحیهای ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ، جراحی های ترمیم کلیه تاندونها (به جز تاندونهای اکستانسور پشت دست Hand و روی پا Foot)
۷	جراحی سندرم تونل کارپال
۸	وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز منجمله پروتز سینه (در هر جای بدن)
۹	تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر
۱۰	ابدومینوپالستی ، براکیوپالستی ماموپالستی
۱۱	تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سרینی و سینه
۱۲	اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی منجمله لیزر
۱۳	اعمال جراحی بر روی کره چشم منجمله کراس لینک (به استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تب اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک)
۱۴	اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به استثناء شالزیون)
۱۵	هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پالتیسمما الزم باشد .
۱۶	بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد، و طحال
۱۷	اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل الله و کانال گوش میانی و گوش داخلی
۱۸	تزریق هر گونه فر آورده خونی تیه شده در بانک خون
۱۹	جراحی پیرینورافی
۲۰	ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل
۲۱	هر نوع زایمان
۲۲	هر نوع سقط جنین



(H
یوست :

نصب دیستراکتور خارج دهانی

قرارداد

۱۶۹۹۷۶

شماره :

برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر

٤٤

تاریخ : ۱۴۰۱/۰۶/۲۷...

تاریخ :

یوست :

پیوست :

پیوست ۲ - مستندات و مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفی‌نامه و دریافت خسارتهای موضوع تعهدات مندرج در شرایط خصوصی بیمه نامه

(۱) -مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت آنلاین :

فرايند كاري اين سامانه به گونه اي برنامه ريزي شده كه بيمه شده مي تواند در تمام ساعات شبانه روز و ايام هفته در سراسر كشور، كليۀ مراحل اجرائي از تايبید برگه ي بستري ، احراز هويت تا صدور معرفينامه را به صورت آنلاين و فقط ظرف چند دقيقه با ارائه كارت ملي و گواهي پزشك انجام داده و ديگر نيازي به مراجعه حضوري بيمه شده به شركت بيمه گر نمي باشد.

(۲) -مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت مراجعه به شعب بیمه دانا:

— کارت ملی

- گواهی پزشک معالج مبنی بر ذکر نوع بیماری و تشخیص اولیه ، نام مرکز پزشکی مورد نظر و تاریخ دقیق بستری .

- اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۷ سال (کنترل عدم تاهل)

(۳) - بیمه شدگان قبل از بستری و انجام اعمال ذیل می بایست توسط پزشک معتمد شرکت بیمه گر معاینه گردند در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در جهت جبران خدمات ذیل نخواهد داشت .

۱-۳- جراحی های انحراف بینی (سپتوپلاستی)

۲-۳- رفع عیوب انکساری چشم مانند لازک ، لیزیک و PRK و ...

۳-۳-۳- ماموپلاستی کاهنده

۴-۳- کلیه اعمال جراحی که جهت کاهش وزن مانند اسلیو و بای پس انجام می گردد.

۵-۳- بلفارویلاستی یا افتادگی پلک

۶-۳- استر ایسم (انحراف چشم)

۷-۳- فتق (ہرنی) شکمی

۸-۳- ارتودنسی

۹-۳- ژنیکوماستی



(۴) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت صورتحساب بیمارستانی:

۴-۱ تطویر صفحه اول دفترچه بیمار.

شماره :

۴-۲ اصل یا تصویر (با رعایت تبصره ۱ ذیل بند 10-4) صورتحسابهای بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان که در آن هزینه

تخت روز (هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، لوازم مصرفی، و تشکیل پرونده درج گردیده است پیوست :

۴-۳ اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان که در آن حق العمل جراح، کمک جراح، بیهوشی، مشاوره و ویزیت درج گردیده است.

۴-۴ اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی).

۴-۵ اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور.

۴-۶ اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل.

۴-۷ اصل یا تصویر ریز یا قبوض آزمایشات، رادیولوژی و

۴-۸ اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتز)

۴-۹ اصل یا تصویر برگه سیر بیماری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.

۴-۱۰ در صورت انجام رادیوتراپی اصل یا تصویر صورتحساب مرکز ممهور به مهر پزشک معالج و به همراه کارت درمان که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها.

➤ تبصره ۱: تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده در بند 2-4 الی 10-4 قسمت الف صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمانها از جمله برگ تأییدیه بیمه گر پایه یا فیش واریزی سازمان می باشد. در غیر این صورت باید اصل مدارک دریافت گردد. (در خصوص ریز دارو، آزمایش، گزارشها و دریافت تصویر بلامانع است).

➤ تبصره ۲: اصل صورتحسابها یا تصاویر آن می بایست بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد و در صورت وجود اینگونه موارد می بایست توسط حسابداری بیمارستان یا مراکز انجام دهنده خدمات تصحیح و ممهور به مهر و امضا گردد.

۴-۱۱ ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی

۴-۱۲ ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پاراناژال.

(۵) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه پاراکلینیکی و سرپایی :

۵-۱- اصل قبض پرداختی

۵-۲- تصویر گزارش (Report) خدمات پاراکلینیکی و برگه درخواست پزشک معالج ممهور به مهر نظام پزشکی.

➤ تبصره ۱: در خصوص هزینه های دارای کلیشه (مانند: سی تی اسکن، ام آر آی و ... رویت کلیشه و درج آن در قبض پرداختی توسط پزشک معتمد شعبه کفایت می کند).

➤ تبصره ۲: در صورتیکه که بیمار از مراکز طرف قرارداد بیمه پایه استفاده نموده و سهم بیمه پایه نیز از کل صورتحساب کسر گردیده باشد مدارک درمانی پس از کسر هزینه های خارج از تعهد بدون کسر فرانشیز قابل بررسی و پرداخت می باشد.

(۶) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه عینک :

۶-۱- اصل فاکتور معتبر عینک فروشی

۶-۲- نسخه عینک که حاوی نمره و شماره چشم و ممهور به مهر متخصص چشم پزشک یا اپتومتریست باشد.

۶-۳- در موارد خاص حسب ضرورت معاینه بیمه شدگان در محل شعبه ارائه دهنده خدمات با هماهنگی بیمه گزار.



تاریخ: نام بیمار و
شماره:
تاریخ:
پیوست:
مهر پزشک (مورد تأیید قرار گیرد.

(۷) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی:

۷-۱- اصل نسخه دندانپزشک ممهور به مهر دندانپزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان

۷-۲- الصاق مدارک و گرافی های مورد نیاز و یا در صورت نیاز به تأیید و یا معاینه توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر

بابت خدمات به شرح ذیل :

ارتودنسی: ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری ، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک

ایمپلنت: ارائه رادیوگرافی پانورکس (OPG) قبل و بعد از درمان

فضا نگهدارنده اطفال: معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان

روکش استیل: معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان

پست ریختگی : ارائه رادیوگرافی بعد از درمان

روکش : برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان

نایت گارد : ارائه فوتوگرافی پس از درمان

پروتزها و پارسیل ها : ۱- مراکز طرف قرارداد : معاینه بیمار قبل از درمان و معاینه یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان

۲- خسارت متفرقه : معاینه بیمار پس از درمان

درمان ریشه : رادیوگرافی قبل یا بعد از خدمت

ترمیم : جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد

جراحی های لثه : گرافی قبل از درمان

جراحی نهفته در نسخ نرم و سخت : ارسال رادیوگرافی قبل از درمان

۸) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه ویزیت :

- درج مبلغ ویزیت در سر نسخه پزشک ممهور به مهر پزشک و با قید تاریخ و نام بیمار.

(۹) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه های فیزیوتراپی:

۱-۹- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات فیزیوتراپی .

۹-۲- دستور پزشک متخصص معالج ذی ربط با ذکر تعداد جلسات و ناحیه مورد فیزیوتراپی.



۹۳. تعداد جلسات فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست در فرم درمانی مخصوص و امضاء

آن توسط بیمه شده .

تاریخ :

تبصره: پرداخت هزینه فیزیوتراپی برای هر ناحیه تا ۱۰ جلسه قابل پرداخت میباشد **پرونده** پرداخت هزینه فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه و یک ناحیه به بالا میبایست قبل از اقدام به انجام فیزیوتراپی با همراه داشتن مدارک مثبت (به شرح فوق) به تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه دانا رسانده و پس از تأیید ایشان، مورد محاسبه و در وجه بیمه شده پرداخت گردد.

۱۰) مستندات لازم جهت بررسی و پرداخت اسناد جراحی های مجاز سرپایی :

۱۰-۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر اندازه ، محل ضایعه و کپی جواب پاتولوژی بابت اکسیژین لیوم .

۱۰-۲- ارائه گواهی پزشک معالج بابت اندازه، میزان و یا عمق پارگی، محل آناتومیکی دقیق بخیه و یا تعداد بخیه های انجام شده.

۳-۱۰- درخصوص شکستگی و گچ گیری ، ارائه گواهی پزشک معالج با قید نوع شکستگی ، محل شکستگی ، نوع گچ گیری بهمراه گرافی مربوطه در ضمن هزینه وسایل مصرفی گچ ،ویبریل و باند بر اساس فاکتور خرید معتبر قابل پرداخت می باشد .

۴-۱۰- در خصوص کرایو و لیزر نیز ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر قید تعداد ضایعه، محل آنها و نوع آنها مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و کپی گزارش الزامی می باشد.

۵-۱۰- درخصوص تخلیه کیست یا دورناژ گواهی پزشک معالج با قید اندازه ، محل آناتومیک الزام بوده و در صورت ارسال به پاتولوژی جواب آن نیز ارائه گردد .

(۱۱) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه سمک :

۱-۱۱- دستور پزشکی متخصص ENT (گوش، حلق و بینی)

۲-۱۱- نوار گوش و ادیومتری (ارائه شنوایی سنجی با کاهش حداقل ۳۰ دسی بل در شنوایی ضروری است)

۳-۱۱- فاکتور معتبر جهت هزینه سمعک بر اساس دستورالعمل الزامات عمومی فاکتور و پیش فاکتور تجهیزات پزشکی، اداره کلی تجهیزات پزشکی می باشد.

۴-۱۱- الزام ارائه فیزیک سمعک به همراه کارت گارانتی به کارشناس بیمه و مطابقت مدل مندرج روی سمعک با مدل سمعک مندرج در فاکتور.

(۱۲) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت اسناد دارویی :

نسخه پزشک (در صورتی که دارو آزاد باشد و در دفترچه نوشته شده باشد ارائه برگه سبز دفترچه مهمور به مهر پزشک دارای تاریخ و مهر داروخانه به همراه پرینت ریز دارو که در آن دارو و قیمت به تفکیک قید گردیده ، الزامی

قرار داد

است در صورت استفاده از دفترچه و اخذ سهم بیمه پایه برگه دوم دفترچه حاوی اطلاعات قیمت دارویی به تفکیک

شماره : تاریخ :

هر قلم و مهر داروخانه الزامی است .

در صورتیکه در سر نسخه پزشک دارو تجویز گردیده است نسخه می بایست دارای اطلاعات کامل بیمار و تاریخ ، مهر پزشک و مهر داروخانه که قیمت دارو در آن به تفکیک قید گردیده و یا پرینت دارو ممهور به مهر داروخانه باشد .

تبصره ۱ : در صورت حذف دفترچه بیمه پایه ارائه سر نسخه دارای کد ملی و فاکتور پرداخت هزینه الزام می باشد .

تبصره ۲ : پس از ثبت نسخه دارویی در سامانه نسخ الکترونیکی در صورت امکان پرینت نسخه و در غیر این

صورت ارائه فاکتور دارو با اطلاعات نام بیمار ، کد ملی ، کد رهگیری و درج مبلغ کل سهم بیمه گر پایه ، سهم بیمار به

ازاء هر قلم دارو الزامی می باشد.





شماره : ۱۶۹۹۷۶
تاریخ : ۱۴۰۱/۰۶/۲۷
پیوست :

به موجب این الحاقیه شرایط ذیل در طول مدت اعتبار قرارداد از صفر بامداد مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۰۱ تا صفر بامداد ۱۴۰۲/۰۷/۰۱ (ساعت ۲۴-۱۴۰۲/۰۶/۳۱) جزء لاینفک قرارداد می باشد و مقدم بر شرایط مندرج در ماده ۳، ۵ و ۷ شرایط خصوصی بیمه نامه می باشد.

- ۱- کلیه داروهایی که جنبه درمانی دارد و جزء فهرست مجاز دارویی کشور بوده باشد در صورت عدم کسر سهم بیمه گر پایه با اعمال ۳۵٪ فرانشیز پرداخت خواهد شد.
- ۲- پوشش بیمه شدگان مطابق لیست بیمه گر پایه الزامی می باشد.
- ۳- هزینه های مربوط به شارژ کپسول اکسیژن، تزریق هورمون رشد، تزریق سلولهای بنیادی، طب سوزنی، اندام مصنوعی با ارائه مستندات در صورت تأیید کمیسیون پزشکی بیمه گر قابل جبران می باشد.
- ۴- چنانچه بیمه شده در طول قرارداد فوت نماید حق بیمه تا انتهای قرارداد به شرط مساوی بودن خسارت دریافتی به حق بیمه پرداختی اخذ نخواهد شد.
- ۵- در خصوص آن دسته از اسناد درمانی که جهت بیمه گر پایه توسط بیمه شده ارسال می گردد ملاک مهلت تحویل مدارک تاریخ پرداخت بیمه گر پایه می باشد.
- ۶- حق بیمه کلیه گروه بیمه شدگان یکسان می باشد.
- ۷- فرزندان ذکور به شرط عدم اشتغال و ازدواج تا سن ۳۵ سال تحت پوشش می باشد.
- ۸- چنانچه بیمه گزار (حوزه ستادی) لیست بیمه شدگانی که دوره قبل نزد بیمه گر قبلی پوشش داشته و در ابتدا قرارداد ارائه نماید دوره انتظار زایمان اعمال نخواهد شد.
- ۹- نیروهای شرکتی صرفاً بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل می توانند از پوشش درمان تکمیلی بهره مند گردند.
- ۱۰- فیزیوتراپی بیش از یک اندام و بیش تر از ۱۰ جلسه با ارائه مستندات قابل ارائه می باشد.
- ۱۱- در خصوص تعهد رفع عیوب انکساری چنانچه موردی قبل از اقدام توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه نگردیده باشد پرداخت آن به شرط اینکه نمره چشم ۳ و بیشتر از آن باشد و توسط پزشک معتمد بیمه گر تأیید گردد قابل جبران می باشد.

بیمه گر: شرکت بیمه دانا
نام و نام خانوادگی: رضا جعفری
سمت: مدیر عامل



بیمه گزار: سازمان بهزیستی کشور
نام و نام خانوادگی: مرتضی حسینی
سمت: معاون توسعه مدیریت و منابع

