



۱- بیمه تکمیل درمان

با قیمت‌های پیشنهادی ذیل (حق بیمه برای هر نفر):

نوع طرح	حق بیمه	مالیات بر ارزش افزوده	مبلغ کل حق بیمه ماهیانه
طرح یک	ریال ۴۴۸/۲۰۰	ریال ۴۰/۳۳۸	ریال ۴۸۸/۵۳۸
طرح دو	ریال ۵۴۸/۰۴۹	ریال ۴۹/۳۲۵	ریال ۵۹۷/۳۷۴

۱-۱- بیمه شدگان تکمیل درمان عبارتند از:

- کارکنان (خانم یا آقا) شاغل (رسمی، پیمانی، قراردادی) به همراه افراد تحت تکفل (همسر، فرزندان، پدر و مادر) آنها که از طرف بیمه گذار بعنوان بیمه شده معرفی می گردند.
- فرزندان ذکور تحت تکفل کارکنان تحت پوشش تا سن ۲۵ سال و در صورتی که به تحصیل تمام وقت در دانشگاه یا موسسات عالی اشتغال داشته باشند، با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا ۳۰ سال و فرزندان از کار افتاده دائم (جزئی و کلی) به تشخیص پزشک معتمد بیمه گذار و ارائه مدارک معتبر و مستندات مرتبط.
- تبصره: پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.
- فرزندان اناث کارکنان مشروط به نداشتن همسر و تا زمان اشتغال به کار
- پدر و مادر کارکنان (غیر تحت تکفل کارمند) با همان مبلغ حق بیمه کارمند (طرح یک و دو)
- نوزادان کارکنان از بدو تولد
- فرزندان معلول ذهنی و جسمی کارکنان (بیمه شده اصلی) که قانوناً تحت تکفل آنان باشند طبق شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درمان بیمه پارسیان.

۱-۲- افرادی که در طول مدت قرارداد میتوانند به تعداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از :

- افراد جدید الاستخدام و کارکنان انتقالی در صورت داشتن پوشش بیمه ای.
- همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ عقد رسمی).
- افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت.
- نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند ، منوط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.

۱-۳- سایر شرایط:

- کارمندانی که از مرخصی بدون حقوق در مدت یک سال بیمه ای استفاده می نمایند، پوشش درمانی آنها منوط به داشتن بیمه گر اول و پرداخت حق بیمه یکجا قبل از رفتن به مرخصی می باشد و باید فیش پرداختی حق بیمه مدتی که در زمان مرخصی هستند را در سه نسخه به واحد مالی، و مدیریت پشتیبانی دانشگاه و شرکت بیمه گر ارائه دهند.
- تاریخ مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و منوط به شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه و موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع میشود.
- با حذف هر یک از بیمه شدگان، در صورت دریافت هزینه های درمانی، بیمه شده ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می باشد.
- بیمه شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد پوشش بیمه ای خود و اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان سال بیمه ای قرارداد ادامه خواهد یافت.
- حق بیمه کمتر از یک ماه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه اضافه یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه منظور خواهد شد.
- کاهش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه نامه باید حداکثر تا یک ماه پس از خروج مشمولین به بیمه گر اعلام شود که از همان تاریخ حذف انجام پذیرد.



- بیمه شده موظف است برای دریافت هزینه های درمانی و یا استفاده از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد جهت مشمولین موضوع قرارداد، مدارکی مانند: مدرک یا گواهی عدم ازدواج، گواهی ادامه تحصیل معتبر، تحت تکفل بودن و یا سایر مدارک معتبر مورد نیاز بیمه گر را در زمان اعلام خسارت به بیمه گر ارائه نماید.

- بیمه گذار می بایست اقساط حق بیمه را در سررسید آن پرداخت نماید.

- بیمه شده می بایست صورت هزینه های درمانی، تشخیصی را حداکثر ظرف مدت سه ماه از تاریخ انجام هزینه، به بیمه گر تحویل نماید. در غیر اینصورت پس از انقضاء مهلت مذکور، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

- بیمه گزار متعهد است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل لیست پرداخت حق بیمه سهم بیمه گر اول، رونوشت حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات انجام شده و سایر مدارک مرتبط را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.

۴-۱- تعهدات پوششهای بیمه درمان تکمیلی

ردیف	شرح	طرح ۱ (به ریال)	طرح ۲ (به ریال)	فرانشیز
۱.	پرداخت هزینه های درمانی بیمارستانی و اعمال جراحی به شرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰
۲.	هزینه اعمال جراحی تخصصی مغز و اعصاب مرکزی و نخاع به استثنای دیسک ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، جراحی سرطان	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰
۳.	هزینه های پاراکلینیکی ۱: شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰
۴.	هزینه های پاراکلینیکی ۲: شامل تست ورزشی، تست آلرژی، تست تنفس، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ، آنژیوگرافی چشم، آزمایشات تست آمینوستنز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰
۵.	هزینه های جراحی های مجاز سرپایی مانند شکسته بندی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰
۶.	هزینه رفع عیوب انکساری (۳ دیوپتر) برای دو چشم (لیزیک) در سال	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰
۷.	هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰
۸.	هزینه عینک طبی و لنز طبی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰
۹.	هزینه ویزیت و دارو و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	٪۳۰
۱۰.	هزینه دندانپزشکی	۴/۰۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	٪۳۰
۱۱.	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	۲۵/۰۰۰/۰۰۰	٪۳۰
۱۲.	هزینه های آمبولانس خارج شهری و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۱/۲۰۰/۰۰۰	۱/۲۰۰/۰۰۰	٪۳۰

۱۳	هزینه های آمبولانس داخل شهری و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۶۰۰/۰۰۰	۶۰۰/۰۰۰	٪۳۰
۱۴	هزینه های درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۳۰

توضیحات :

۱. در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند مابه التفاوت خسارت تا سقف تعهد بیمه گر (طبق ضوابط قرارداد) بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود مشروط بر اینکه جمع خسارت های پرداخت بیمه گر اول و بیمه گر درمان تکمیلی از صد درصد خسارت های (انجام شده) تجاوز ننماید.

۲. در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند و یا سازمان های مذکور از پرداخت خسارت به هر دلیلی خود داری نمایند میزان سهم پرداخت خسارت عهده بیمه گزار یا بیمه شده در هر مورد معادل فرانشیز تعیین شده طبق مندرجات این قرارداد خواهد بود.

۳. ارائه پوشش به پرسنل بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی سبزواری با ارائه معرفی نامه از سوی دانشگاه به شرکت بیمه گر با اخذ ٪۵۰ حق بیمه اضافی امکان پذیر است.

شرح خدمات درمانی ارائه شده در قالب جداول فوق به شرح ذیل می باشد :

۱- درمان طبی و سایر اعمال جراحی :

تامین هزینه های بیمارستانی و **DAY CARE** شامل اعمال جراحی - درمان طبی و هزینه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نظیر، **ICU**، **CCU**، اتاق ایزوله و لوازم و دارو و تجهیزات مصرفی حین و بعد از عمل (پروتز و اورتز) که طبق صلاحدید پزشک استفاده می شود. تعهد بیمه گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گردد طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت ارائه کارت یا دریافت معرفی نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود .
تبصره ۱- پرداخت هزینه های مربوط به مراکز درمانی که تعرفه مصوب هیات دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۲- در صورت درج هزینه های مربوط به پگ جراحی، ست لوازم جراحی، فیبرنوری، هندپیس، آندوپگ، کاتتر و ... در انجام لاپاروسکوپی، کیت ناواکس در ابلیش، شارژ و دریل در اعمال جراحی ارتوپدی و همچنین استفاده از دستگاه لیگاتور **CARM**، لاپاروسکوپ، آرتروسکوپ، سیستم اسکوپ وند و سایر موارد مشابه در صورتحساب بیمارانی که به مراکز غیر طرف قرارداد مراجعه می نمایند. هزینه های مربوط در قرارداد آن شرکت با بیمارستانهایی که بعنوان بالاترین اصل همترازی در استان محل درمان ملاک محاسبه می باشند منظور گردیده و به بیمه شده پرداخت گردد.

۲. جراحی های تخصصی:

جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان، جراحی مغز و اعصاب، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، لوازم، دارو و تجهیزات مصرفی حین عمل (پروتز) که طبق صلاحدید پزشک استفاده می شود.
در خصوص هزینه های دارویی و درمانی بیماری های خاص (شامل، هموفیلی، انواع تالاسمی، دیالیز مزمن، پیوند کلیه) و بیماری های صعب العلاج (شامل انواع سرطان، شیمی درمانی، رادیو تراپی، **MS**، پارکینسون، کتونومی، ایدز، سوختگی، انواع هپاتیت، آلزایمر، بیماری های خود ایمنی، پمفیگوس، ولوپوس و بیماریهای ضعف عضله **ALS-MLS** و آرتروز روماتوئید، بیماریهای پوستی پسوریازیس و ...) از همین بند تا سقف تعهدات خاص قابل پرداخت است.

۳. تامین هزینه های پاراکلینیکی:



شامل هزینه های رادیولوژی، پزشکی هسته ای (انواع اسکن و سی تی اسکن ها، **MRI** ، ماموگرافی، انواع سونوگرافی، انواع سونوگرافی و آزمایشهای غربالگری جنین، انواع اسکوپبی (آندوسکوپبی، کولونوسکوپبی، در صورت نیاز با، یا بدون بیهوشی، سیستوسکوپبی و...) انواع اکو کاردیوگرافی قلب، مری، استرس اکو، هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، بررسیهای یورودینامیک و الکترومیوگرافی و نوارمئانه، سی تی آنژیو گرافی، تمام خدمات آزمایشگاهی (به استثناء چکاپ)، پاتولوژی، آلفیتاپروتئین و آمونیوستنز (پروسیجر و آزمایشات مربوطه و کلیه آزمایشات ژنتیک (برای افرادی که سابقه نقص ژنتیک را در فرزند اول و یا خانواده دارند آزمایشات ژنتیک قبل از بارداری را هم شامل می شود)، انواع فیزیوتراپی و لیزر درمانی، هیدروتراپی، اسپیرومتری و جبران اکسیژن هایپر بار و جبران انواع تستهای تنفسی شامل بادی باکس، پلتیسموگرافی، ارگواسپیرومتری، رینومانومتری، برونکوگرافی و تست متاکولین، آلرژی، انواع نوارعضله، نوارعصب، **sep** نوار مغز و کلیه تستهای عصب و عضله و مکانیکال و توانبخشی که جنبه تشخیصی دارد، نوارگوش، نوارقلب، تست خواب، دانسیتومتری، تمپانومتری و انواع تستهای شنوایی شنجی و بررسی اعصاب شنوایی و شستشوی گوش، شکستگی ها، دررفتگی ها، گچ گیری، آتل گذاری، برداشتن میخچه و خارج کردن و برداشتن جسم خارجی، بخیه، کشیدن بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و آبسه، بیوبسی، کشیدن ناخن، اکوچشم، اکواسکن، پنتاکم، ارب اسکن، فوندسکپی، کانفواسکن، انتروپیون، تعیین میزان بینائی، بررسی عصب بینائی، پاکیمتری و کلیه تستهای بینایی سنجی، گفتاردرمانی و کایروپراکتیک، رفتاردرمانی و پاپ اسمیر، درمان خونریزی بینی و سوزاندن تامپوناد و شکافتن آبسه و سایر موارد مشابه در مطب و مراکز بهداشتی و... بستری اورژانس کمتر از ۶ ساعت (شامل تزریقات و تعویض پانسمان و...) **FNA** تیروئید و سینه، بیوپسی مغز استخوان، **GDX**، **IOL Master**، **ICG**، **HRT**، **OCT**، **IVIG**، **BCG**، نوار چشم **EOG** و تزریق آوستین و پونکسیون مابع نخاع و کمری **ERG**، **IHC** مارکر، تست فیش، سیتولوژی و ایمنوهیستوشیمی، پروگرامینگ پیس میکر، تست تیلت، تست های ارزیابی پیس میکر، آنالیز پیس میکر، **PH** متری (سه ارزیابی و بیشتر)، مگنتوتراپی و هرگونه عمل و تستی که منجر به تشخیص گردد و ملاک پرداخت هزینه خدمات مذکور سقف تعرفه های قانونی مصوب توسط دولت در سال ۱۳۹۴ برای بخش خصوصی می باشد.

تبصره: در صورتی که مبلغ پرداختی توسط بیمه شده کمتر از سقف تعهدات شرکت برای هر یک از خدمات باشد عینا به بیمه شده پرداخت می گردد.

پرداخت دارو:

طبق فارماکوپه ایران برای داروهایی که معادل ایرانی دارند.

برای داروهایی که معادل ایرانی ندارند و یا پزشک تاکید بر مصرف داروی خارجی دارد، داروی خارجی با تایید پزشک بیمه گذار پرداخت شو

• برای بیماریهای خاص، شیمی درمانی و صعب العلاج در صورت استفاده از دفترچه مابه التفاوت کامل و بدون همترازی پرداخت شود.

۱. تامین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی:

مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گذار و بیمه گر

- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیر است:

در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ششصد هزار ریال (۶۰۰/۰۰۰ ریال) در طرح یک و دو قابل پرداخت می باشد.

- در مواردی که امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیص درمانی تا سقف یک میلیون و دویست هزار ریال (۱/۲۰۰/۰۰۰ ریال) در طرح یک و طرح دو در مورد بین شهری قابل پرداخت است.

- هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۷ 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 گذار و بیمه گر الزامی است.



۱-۵- شرح خدمات و ترتیب بستری شدن بیمه شدگان و مدارک لازم

ارائه خدمات بیمه درمانی اعم از سرپایی و بالینی (بستری) عمومی، تخصصی و فوق تخصصی به کارکنان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و خانواده آنان، ساکن و مسافر در سطح کشور که به مراکز طرف قرارداد بیمه و سایر مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه می کنند. در صورتیکه بیمه شدگان دانشگاه نیاز به بستری شدن در بیمارستانهای طرف قرارداد را داشته باشند بیمه گر موظف است کلیه هماهنگی های لازمه از قبیل پذیرش بیمار با کارت درمانی، ویا تهیه و ارسال معرفی نامه و... با کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد را انجام دهد. لازم به ذکر است بیمه گر متعهد میگردد برای کلیه امور درمانی (سرپایی و بستری) معرفی نامه صادر نماید.

در صورتیکه بیمه شدگان دانشگاه نیاز به بستری شدن در بیمارستانهای غیرطرف قرارداد را داشته باشند بیمه گر موظف است پس از ترخیص بیمار، هزینه های درمانی ارائه شده با رعایت همترازی و حداکثر بالا ترین تعرفه مورد عمل مراکز درمانی طرف قرارداد با ضریب حق العمل پزشک (جراح، کمک جراح، بیهوشی، اتاق عمل، ریکاوری، ویزیت، مشاوره و...) و هتلیینگ براساس ارزشیابی بیمارستانهای درجه ۲ و ۳ و محاسبه و در صورت عدم تعیین حق العمل جراح در صورتحساب بیمارستان، پس از تأیید بیمارستان، این هزینه را حداکثر معادل پنج برابر تعرفه خدمات درمانی محاسبه و پرداخت نماید. و همچنین بیمه گر مکلف است بر اساس تعرفه های مصوب هیأت وزیران برای بخش دولتی و خصوصی در سالهای ۹۶ و ۹۷ نسبت به عقد قرارداد یا تمدید قرارداد با بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد اقدام نماید و هزینه درمان بیماران مشمول این ماده را بر اساس مفاد قرارداد بیمه گر با بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد و ضرایب تعرفه های خدمات درمانی مصوب هیأت محترم وزیران در سالهای ۹۶ و ۹۷ شامل خدمات (جراحی، داخلی، بیهوشی، آزمایشگاه و پاتولوژی، پرتویزشکی، فیزیوتراپی، دارو و...) و یا متناسب با میزان افزایش تعرفه هر یک از خدمات با ارقام توافقی با بیمارستانها و مراکز درمانی حداکثر تا سقف تعرفه های قانونی مصوب دولت برای بخش خصوصی از تاریخ مذکور محاسبه و به بیمه شده پرداخت نماید.

*چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند.

-پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را شخصا تامین نمایند.

اصل مدارک یا کپی برابر اصل توسط مراکز درمانی و صورتحسابهای بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار و نماینده وی و یا شخصا جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال و رسید مربوطه را دریافت نمایند.

-بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستانها و مراکز درمانی مجاز مختار است. در اینصورت بیمه شده پس از پرداخت هزینه های مربوطه می بایستی صورتحساب بیمارستان را با نضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه گذار به بیمه گر تسلیم نماید.

-بیمه شدگان در تصمیم گیری نسبت به دریافت سهم خود از سازمان بیمه گر پایه مختارند. بیمه گذار در این امر، بیمه شده را تشویق می نماید ولی اگر به هر دلیلی بیمه شده از مراجعه به بیمه گر اول امتناع نماید، بیمه گر موظف است خسارت بیمه شده را با دریافت اصل مدارک و پس از کسر فرانشیز پرداخت نماید.

-در صورتیکه بیمه شده کپی چک دریافتی خود را به همراه سایر مدارک (جدول مدارک لازم جهت دریافت خسارت بیمه تکمیلی درمان) به بیمه گر تسلیم نماید، بیمه گر موظف است پس از کارشناسی پرونده، سهم دریافتی بیمه شده از بیمه پایه یا فرانشیز، هر کدام که کمتر بود را اعمال و از مبلغ کارشناسی کسر نموده و مابقی را به بیمه شده ارائه نماید. مشروط به آن که مبلغ دریافتی بیمه شده از مبلغ پرداختی وی بیشتر نباشد و باعث انتفاع بیمه شده از بیماری وی نگردد.

-با توجه به اصل تعدد بیمه در اشخاص، برای بیمه شده حق دریافت هزینه انجام شده از سایر بیمه ها تا رسیدن به سقف پرداختی بیمار، محفوظ است تا زمانیکه باعث انتفاع بیمه شده از بیماری وی نگردد و بیمه گر موظف است در خصوص تحویل اسناد مربوطه و درخواستی سایر بیمه ها، همکاری لازم را مبذول دارد.

-بیمه گر موظف است یک نسخه از کلیه تعرفه های مورد عمل در بیمارستانهای خصوصی قابل اجراء از زمان شروع قرارداد به بعد را به انضمام یک نسخه از کلیه قراردادهای فیما بین با هر یک از مراکز درمانی طرف قرارداد را در هنگام مبادله این قرارداد تحویل بیمه گزار نماید و براساس تغییر تعرفه ها، بیمه گر موظف است کلیه تغییرات قانونی را محاسبه نموده و اجرا نماید در این خصوص و در تمام مفاد



این قرارداد همکاری لازم با ناظرین فنی اعزامی از طرف بیمه گزار در ارتباط اموال و اشخاص و مسئولیت با تحویل پرونده های پزشکی و مدارک مربوط به هزینه درمان بیماران، دسترسی به اطلاعات مشمولین قرارداد بصورت On Line و سایر اطلاعات مورد نیاز جهت بررسی اسناد توسط ناظر الزامی می باشد.

– هزینه خدمات درمانی سرپائی و بستری که رأساً توسط بیمه شده انجام شده باشد در طول دوره قرارداد و حداکثر تا ۳ ماه پس از پایان قرارداد قابل پرداخت می باشد. بدیهی است بعد از انقضاء این مدت بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت درقبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

– عودت مدارک ناقص و یا غیر قابل پرداخت از جانب شرکت بیمه گر به بیمه گزار با ذکر علت الزامی می باشد.

– ارائه لیست و دلایل کسور هزینه های درمانی پرسنل از جانب شرکت بیمه گر به بیمه گزار الزامی می باشد.

– دریافت هزینه های درمانی بیمه گزار میتواند بصورت انفرادی یا گروهی (توسط مراکز آموزشی و درمانی) باشد و شرکت بیمه گر در هر دو حال، موظف به پرداخت می باشد.

– بیمه گزار موظف به ارسال گزارش عملکرد اجرایی قرارداد به مراجع ذیربط می باشد، بیمه گر متعهد می گردد اطلاعات لازم از بدو اجرای مفاد این قرارداد را به صورت شفاف و On Line در اختیار بیمه گزار قرار دهد تا وی بتواند گزارش عملکرد قرارداد از جمله: آمار تعداد کارتهای صادره برای بیمه شدگان اصلی و تبعی به همراه نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی با ذکر شماره و کد ملی و افراد تحت تکفل با مشخصات هویتی کامل (نام و نام خانوادگی، کد ملی، نسبت و) گزارش هزینه خدمات انجام شده برای هر بیمه شده را به تفکیک هر یک از مراکز و برحسب نوع خدمات ارائه شده (پاراکلینیکی و تشخیصی درمان، اعمال مجاز سرپائی، اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی، درمان بستری و جراحی عمومی) و تخصصی ویژه (داروهای تخصصی و غیره) با فرمت تعیین شده توسط بیمه گزار بصورت مکانیزه و آنلاین و بصورت کل به جز تهیه نماید بنحوی که بیمه شدگان با درج شماره ملی وضعیت درمانی خود و افراد تحت تکفل اعم از پرداخت هزینه درمان و معرفینامه ها به طرف قرارداد مشاهده نماید.

۱-۶- مدارک لازم جهت دریافت خسارت بیمه تکمیلی درمان (بستری):

- ۱- اصل یا کپی برابر اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر و امضای حسابداری بیمارستان.
- ۲- اصل یا کپی برابر اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر و امضای حسابداری بیمارستان.
- ۳- اصل یا کپی برابر اصل گواهی پزشک یا پزشکان معالج مبنی بر ویزیت، مشاوره و یا درمانهای طبی و جراحی انجام شده ممهور به مهر و امضا پزشک.
- ۴- اصل یا کپی برابر اصل گواهی بیهوشی مبنی بر نوع و زمان بیهوشی ممهور به مهر و امضا پزشک.
- ۵- اصل یا کپی برابر اصل ریز داروهای مصرفی، آزمایشات، رادیولوژی و ممهور به مهر و امضای واحدهای مربوطه.
- ۶- اصل یا کپی برابر اصل ریز لوازم مصرفی اتاق عمل (لوازم مصرفی اتاق عمل بایستی ممهور به مهر و امضای پزشک جراح، متخصص بیهوشی، سرپرست اتاق عمل و بیمارستان باشد).
- ۷- کپی گزارش MRI، CT، سونوگرافی، پاتولوژی و
- ۸- کپی برگ مشاوره که به مهر و امضای پزشک درخواست کننده و پزشک مشاور رسیده باشد.
- ۹- کپی برگ شرح عمل جراحی با ذکر کدهای اعمال جراحی انجام شده ممهور به مهر و امضای پزشک.
- ۱۰- کپی برگ بیهوشی ممهور به مهر و امضای پزشک.
- ۱۱- کپی دستورات پزشک معالج در خصوص درمانهای طبی.
- ۱۲- اصل یا کپی برابر اصل فاکتورهای معتبر پروتزیهای مصرف شده داخل بدن بیمار ممهور به مهر و امضای پزشک جراح، سرپرست اتاق عمل و حسابداری بیمارستان.
- ۱۳- در صورت وجود کمک جراح بایستی شرح عمل ممهور به مهر و امضاء کمک جراح باشد.
- ۱۴- کپی کارت عضویت بیمه تکمیلی درمان در صورت نداشتن کارت مذکور کپی کارت ملی.
- ۱۵- در صورت استفاده از بیمه گر اول ارسال کپی کلیه مدارک با مهر بیمه گر اول + کپی چک بیمه پایه.
- ۱۶- ریز لوازم مصرفی و داروهای مصرفی دراتاق عمل بصورت لیست های جداگانه ارسال گردد.



***جدول مدارک لازم جهت دریافت خسارت بیمه تکمیلی درمان:**

ردیف	تعهدات بیمه گر	مدارک درخواستی جهت ارائه
۱	رادیوتراپی	برگ اول دفترچه بیمه پایه (دستور پزشک) + رسید هزینه کاردکس جلسات
۲	آزمایشگاه	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + کپی جواب (برای مبالغ بالای ۳۰۰۰۰۰ ریال)
۳	رادیولوژی (اسکن MRI - سونوگرافی - رادیوگرافی با ماده حاجب - پزشکی هسته ای و ...) در مورد رادیوگرافی بدون ماده حاجب و سونوگرافی ساده گزارش الزامی است.	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + گزارش + رسید هزینه
۴	فیزیوتراپی و لیزر تراپی و کایروپراکتیک پشت برگ در هر جلسه توسط بیمار امضاء شود (با ذکر تاریخ)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + تعداد جلسات
۵	عینک سازی سقف تعهد توسط شعبه مربوطه تعیین شود.	برگ اول دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه
۶	سمعک سازی سقف تعهد توسط شعبه مربوطه تعیین شود.	برگ اول دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + گزارش اودیومتری
۷	CT آنژیوگرافی	برگ اول دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + گزارش
۸	ویزیت (پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص، کارشناس پروانه دار)	برگ دوم دفترچه بیمه پایه (مخصوص پزشک) یا گواهی پزشک با مهر و امضاء
۹	در مورد نسخی که جمله (ویزیت شد) در روی آن نوشته میشود	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه با مهر و امضاء
۱۰	خدمات سرپایی (تزریقات ، سرم تراپی، اعمال جراحی سرپایی، پانسمان ، ختنه، بخیه)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه یا گواهی پزشک + رسید هزینه
۱۱	خدمات سرپایی گوارش (آندوسکوپی، کولونوسکوپی و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + گزارش + رسید هزینه
۱۲	خدمات سرپایی قلبی (اکو - تست ورزش - هولتر مانیتورینگ و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + نتیجه تست + رسید هزینه (یا گواهی مبلغ با مهر و امضا)
۱۳	خدمات سرپایی ریه (برونکوسکوپی ، اسپیرومتری و ...) در مورد اسپیرومتری گزارش الزامی نیست	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + گزارش + رسید هزینه
۱۴	خدمات سرپایی زنان (کرایو - گذاشتن IUD - پاپ اسمیر و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه
۱۵	خدمات سرپایی گوش و حلق و بینی و چشم (اودیومتری - تمپانومتری و بینایی سنجی)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + گزارش
۱۶	خدمات سرپایی نورولوژی (نوار مغز - نوار عصب و عضله و ...) در مورد نوار مغز ارائه نتیجه تست کافی است.	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + گزارش + رسید هزینه
۱۷	خدمات سرپایی چشم (OCT و آنژیوگرافی چشم و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + گزارش
۱۸	خدمات سرپایی خون و انکولوژی (بیوپسی مغز استخوان ، مطالعه خون محیطی و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه یا گواهی پزشک + گزارش + رسید هزینه