



شماره : ۷۳۰/۱۵۰۹۶۰/۹

تاریخ : ۹۶/۸/۱۵

پیوست:

آنی

اداره کل آموزش و پرورش استان

معاونت

سازمان

دفتر

کمیته بررسی

بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های اداری

اعضای شورای معاونان جهت استحضار

واحدهای مجری:

استان - مدیرکل / معاون توسعه مدیریت

و پشتیبانی / کارشناس مسئول تعاون و رفاه

شهرستان ، منطقه ، ناحیه، مدیر

واحدهای آموزشی : کلیه مدارس

همانگ کننده در استان کمیته مستندسازی

کد: ۷۳۰/۹۶/۳/۷/ص ۲۶

با سلام و احترام

با عنایت به پایان قرارداد بیمه درمان تکمیلی و اهتمام وزارت متبوع برای تداوم و استمرار این پوشش در راستای تأمین سلامت کارکنان آموزش و پرورش؛ تفاهم‌نامه بیمه درمان تکمیلی فی‌مابین این وزارت و شرکت آتیه‌سازان حافظ منعقد و برای اجرا از تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱ ارسال می‌گردد.

ضرورت دارد هر یک از ادارات کل آموزش و پرورش، با رعایت دقیق شیوه‌نامه‌ی پیوست و موارد ذیل، تلاش و کوشش خود را در خصوص اجرای هرچه بهتر این امر و کسب رضایت بیمه‌شدگان معمول دارند.

۱. فرهنگیان متقاضی و تمامی افراد تحت تکفل آن‌ها که در سال گذشته تحت پوشش بیمه بوده‌اند از تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱ کماکان تحت پوشش صندوق درمان بوده و می‌توانند از خدمات بیمه‌ای بهره‌مند گردند.

۲. همکاران متقاضی جدید می‌توانند حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۶/۸/۳۰ با مراجعه به کارشناسی تعاون و امور رفاهی ادارات آموزش و پرورش محل خدمت خود با تکمیل فرم پیوست از پوشش بیمه تکمیلی بهره‌مند گردند.

۳. تأکید می‌گردد فرهنگیان محترمی که از تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱ متقاضی پوشش بیمه تکمیلی می‌باشند (اعم از اعضای قدیم و جدید) صرفاً به همراه تمامی افراد تحت تکفل خود می‌توانند تحت پوشش قرار گرفته و از مزایای این بیمه‌نامه بهره‌مند گردند.

۴. بیمه‌شدگانی که به هر دلیل متقاضی انصراف از پوشش بیمه‌ای می‌باشند تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۳۰ فرصت دارند جهت تکمیل فرم انصراف (پیوست) به ادارات رفاه محل خدمت مراجعه و ادارات موظف به دریافت و ابطال هولوگرام این بیمه‌شدگان می‌باشند. بدیهی است در غیر این صورت انصراف این افراد پذیرفته نشده و حق بیمه تکمیلی از حقوق نامبردگان کسر خواهد شد.

۵. سهم‌بیمه ماهانه برای هر نفر از کارکنان رسمی، پیمانی و افراد تحت تکفل ایشان مبلغ ۲۷۰/۰۰۰ ریال می‌باشد.

۶. در راستای حمایت از همکاران محترم قراردادی و افراد خانواده آن‌ها نرخ سرانه ماهانه برای هر نفر در سال جاری بدون افزایش حق بیمه، همچون سال گذشته مبلغ ۳۷۰.۰۰۰ ریال می‌باشد.



شماره : ۷۳۰/۱۵۰۹۶۰/۹

تاریخ : ۹۶/۸/۱۵

پیوست:

۷. والدین تمامی کارکنان (به جز والدینی که از سنوات گذشته تحت پوشش بیمه تکمیلی طلابی بوده و اسامی ایشان در فهرست بیمه‌شدگان موجود است)، و همسر کارکنان مونث (قرارداد نوع دوم) مطابق با جدول و مفاد شیوه‌نامه پیوست با مبلغ سرانه ۴۳۰/۰۰۰ ریال به ازای هر نفر تحت پوشش قرار می‌گیرند.

۸. کارکنان سازمان‌های وابسته همچون سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، نهضت سوادآموزی، سازمان مشارکت‌های مردمی، سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس، دانشگاه شهید رجایی، کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان و ... همچون سنوات گذشته و به شرط تأمین و پرداخت ۱۰۰٪ حق بیمه ۵۴۰/۰۰۰ ریالی می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.

۹. ادارات کل آموزش و پرورش استان‌ها باید همراه نسبت به تجمیع مبالغ سرانه (کسرشده از حقوق همکاران استان) و واریز یک جای آن به حساب شماره ۱-۸۶۸۶-۸۱۰-۱۰۲۴ (شماره شبای IR ۲۳۰۵۸۰۱۰۲۴۸۱۰۰۰۰۰۸۶۸۶۰۰۱ نزد بانک سرمایه - شعبه‌ی آموزش و پرورش) به نام شرکت بیمه معلم اقدام نمایند. بدیهی است مبالغ جمع‌آوری شده بر اساس ماده ۴ تفاهم‌نامه منعقد شده با شرکت آتیه‌سازان حافظ با شماره ۹۶/۷۱۸۲۳ مورخ ۹۶/۷/۲۷ پس از ارسال مستندات لازم مبنی بر پرداخت هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان، به حساب آن شرکت واریز خواهد شد.

* تکمیل و ارسال فرم شماره ۱ و ۲ به انضمام تصویر چک یا حواله واریزی به اداره کل تعاون و پشتیبانی بلافاصله بعد از کسر سرانه از حقوق کارکنان الزامی است.

۱۰. به جهت تسهیل در ارائه خدمات به بیمه‌شدگان مقرر گردید از تاریخ ۱۳۹۶/۹/۱ به روش استعلام کدملی بیمه‌شدگان در مراجع و مراکز درمانی طرف قرارداد به بیمه‌شدگان خدمات مورد نیاز ارائه گردد.

۱۱. زمان جمع‌آوری اطلاعات بیمه‌شدگان جدید و اعلام هرگونه تغییرات اطلاعات بیمه‌شدگان قدیم توسط ادارات آموزش و پرورش به شرکت آتیه‌سازان حافظ حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۱۵ بوده و این زمان قابل تمدید نمی‌باشد.

علی الهیار ترکمن
معاون توسعه مدیریت و پشتیبانی

شيوه نامه خريد خدمت مازاد بر رسم يمه پايه (صندوق درمان)

شاغلين وزارت آموزش و پرورش ۹۷-۱۳۹۶

با عنايت به تفاهم نامه منعقد شده في مابين شركت اتيه سازان حافظ كه بعد از اين طرف اول ناميده مي شود و وزارت آموزش و پرورش كه بعد از اين طرف دوم ناميده مي شود مبتني بر جبران مازاد هزينه هاي درمانی کارکنان وزارت آموزش و پرورش. هر يك از ادارات كل آموزش و پرورش و شعب شركت اتيه سازان حافظ در كشور موظف به رعايت و اجراء دقيق مفاد اين شيوه نامه مي باشند.

فصل اول - كليات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصراً با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند.

ماده (۱) طرف اول :

شركت اتيه سازان حافظ به نشانی تهران، خیابان نلسون ماندلا، پلاک ۱۵، تلفن ۲۲۰۲۳۶۶۸ و نمابر ۲۲۰۲۳۶۷۷

ماده (۲) طرف دوم :

وزارت آموزش و پرورش به نشانی: تهران، خیابان شهید سپهبد قری، نرسیده به خیابان سمیه، نبش کوچه شهید محمدی، پلاک ۵۶ ساختمان شهید رجایی، معاونت توسعه مدیریت و پشتیبانی تلفن ۱۲۲۱۷۰۱۰ و نمابر ۸۲۲۸۷۰۱۱

ماده (۳) تعاریف و اصطلاحات

۳-۱ حادثه: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده نمی بیهوده شده بروز کرده باشندو باعث وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد یا عثابت به اختصاص ۱۰ درصد از حق بیمه شخص ثالث، مرتبین و مازاد بابت هزينه های درمان صدمات حداث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیر دولتی، هزينه های مزبور بعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد و در تعهد این قرارداد نمی باشد.

۳-۲- بیماری: عبارتست از هرگونه عارضه جسمی، روحی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضا و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.



تاریخ:
شماره:
پیوست:

۳-۳- خسارت متفرقه (مستقیم): هزینه های تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که راسا توسط بیمه شده پرداخت و اسناد آن جهت انجام رسیدگی به طرف اول ارائه و سپس از طریق طرف اول به طور سیستمی به حساب بانک ملی بیمه شده واریز می گردد.

۳-۴- خسارت غیر مستقیم: هزینه تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که مستقیما از سوی مراکز تشخیصی، درمانی طرف قرارداد برای طرف اول ارسال تا وفق قرارداد منعقد با آن مرکز مورد رسیدگی قرار گرفته و توسط طرف اول پس از تامین اعتبار لازم در وجه مرکز مزبور پرداخت می گردد.

۳-۵- فرانشیز: سهم بیمه شده از هزینه های مورد تعهد است که میزان آن در قرارداد تعیین گردیده است.
۳-۶- دوره انتظار: دوره انتظار مدتی است که در طول آن صندوق تعهدی به جبران خسارت ندارد و شامل بیمه شدگانی می گردد که در سال گذشته هیچگونه پوشش بیمه درمان مکمل بصورت ممتد نداشته اند.

تبصره ۱: دوره انتظار مشمول این قرار داد نمی گردد.

ماده ۴) افراد تحت پوشش:

عبارتند از کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) که به طور تمام وقت در استخدام وزارت آموزش و پرورش می باشند به همراه کلیه افراد خانواده آنها بدون حق انتخاب و همچنین والدین تحت تکفل که از سنوات گذشته تحت پوشش بیمه طلایی بوده و اسامی ایشان در فهرست بیمه طلایی می باشد. لازم به ذکر است والدین کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) که در سنوات گذشته تحت پوشش بیمه تکمیلی طلایی نبوده اند و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی) می توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی دوم قرار بگیرند.

تبصره ۱) خانواده: منظور از خانواده عبارت است از هر یک از کارکنان شاغل و همسر یا همسران دائمی و فرزندان بدون حق انتخاب.

تبصره ۲) کارکنان مؤنث می توانند به تنهایی و یا به اتفاق تمامی فرزندان خود (بدون حق انتخاب) تحت پوشش قرار گیرند. حتی اگر دفترچه بیمه پایه آنها به تبع بیمه شده اصلی نباشد.

تبصره ۳) کلیه فرهنگیان و افراد تحت تکفل آنان که در سال گذشته تحت پوشش بیمه بوده اند از تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ کماکان تحت پوشش صندوق درمان خواهند بود و می توانند با ارایه هولوگرام های در اختیار، از خدمات مراکز درمانی و مزایای صندوق درمان بهره مند

تاریخ:
شماره:
پیوست:

گردند. کارکنانی که تمایل به عضویت و بهره مندی از پوشش درمان تکمیلی سال جاری را دارند نیز می توانند ضمن مراجعه به کارشناس های تعاون و امور رفاهی اداره آموزش و پرورش محل خدمت خود، با تکمیل فرم مخصوص تحت پوشش خدمات و تعهدات صندوق درمان فرهنگیان قرار بگیرند.

تبصره ۴) ضمن تأکید بر ادامه پوشش درمان تکمیلی برای همه ی فرهنگیان محترم و افراد تحت تکفل ایشان، ضروری است از سوی ادارات کل آموزش و پرورش ترتیبی اتخاذ گردد که در صورت انصراف هر یک از کارکنان نسبت به تکمیل فرم مربوطه و تحویل هولوگرام به ادارات محل خدمت اقدام شود. بدیهی است فهرست اسامی افراد مذکور نیز می بایست بلافاصله به شعب مجری اعلام گردد.

مسئولیت هرگونه استفاده از هولوگرام و یا معرفی نامه از تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ توسط افرادی که از پوشش درمان تکمیلی انصرف داده اند به عهده افراد ذینفع و اداره کل آموزش و پرورش مربوطه خواهد بود.

تبصره ۵) شرط سنی:

الف) فرزندان در صورت اعلام اسامی در موعد مقرر بدون در نظر گرفتن شرط سنی مشروط به عدم ازدواج و اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.

ب) فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می باشند.

ج) نوزادان از بدو تولد مشروط به ارسال مدارک حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ تولد تحت پوشش قرار می گیرند.

د) چنانچه فرزندان نفر اصلی دچار معلولیت ذهنی - جسمی - نقص عضو دائم یا موقت باشند، تأمین هزینه های درمان آنها بدون در نظر گرفتن شروط مندرج در بند «الف» تبصره ۵ تحت پوشش خواهند بود. لازم به توضیح است که افراد تبعی فرزندان معلول فوق الذکر مشمول این شیوه نامه نمی گردند.

ه) کارکنانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها در لیست اولیه و پرداخت حق بیمه متعلقه به صورت یکجا تا پایان قرارداد می توانند تحت پوشش قرار گیرند. ضمناً کسانی که مرخصی آنها بعد از مهلت عضوگیری به پایان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش پرورش



بسمه تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

می‌رسد و در لیست اولیه اعلام نشده‌اند تا ۴۵ روز پس از انقضای مرخصی با ارائه مستندات و نامه کتبی طرف دوم و پرداخت حق بیمه مربوطه می‌توانند از ابتدای قرارداد به عضویت درآیند و افرادی که نمی‌خواهند بعد از مرخصی در لیست بیمه‌شدگان باقی بمانند مشروط به عدم دریافت هزینه، معرفی‌نامه و یا هولوگرام، ضمن تکمیل فرم تعهدنامه مبنی بر عدم استفاده از خدمات مندرج در این شیوه‌نامه می‌توانند به تاریخ شروع مرخصی، پایان پوشش یابند. تأمین پرداخت سرانه کسانی که در طی مدت قرارداد از مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی استفاده می‌نمایند تا پایان قرارداد بر عهده ادارات کل آموزش و پرورش استان می‌باشد (پرداخت توسط افراد مشمول به صورت یکجا از شروع مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی تا پایان قرارداد خواهد بود).

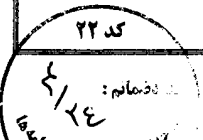
در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی در طول مدت تفاهم‌نامه، افراد تحت تکفل و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه‌ای متوفی از پوشش این قرارداد خارج و ادارات کل آموزش و پرورش می‌بایست برای بهره‌مندی از خدمات و تعهدات بیمه درمان تکمیلی ایشان را به سازمان بازنشستگی کشوری معرفی نمایند.

تبصره ۶) کارکنان شاغل طرف دوم و اعضاء خانواده به همراه افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می‌شوند که دارای دفترچه بیمه کارکنان دولت سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی (ره) و یا سایر بیمه‌گران پایه باشند.

ماده ۵) موضوع بیمه :

عبارتست از جبران هزینه‌های خدمات تشخیصی ویژه و دوران بستری در بیمارستان شامل زایمان، خدمات درمانی طبی و اعمال جراحی ناشی از بیماری مشمول بیمه مزاد بر بیمه خدمات درمانی، بیمه تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و سایر شرکت و سازمانهای بیمه‌گر بر طبق شرایط مقرر در این قرارداد.

ماده ۶) تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:
خلاصه جدول تعهدات به شرح ذیل می‌باشد.





جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش پرورش

آیین نامه سازمان حفاظت

تعالی
بسمه

تاریخ:
شماره:
پیوست:

تعدادات	سقف تعهدات (ریال)	فرانشیز و توضیحات
هزینه های بیمارستانی	بدون سقف	٪۳۰ جراحی های تخصصی
	بدون سقف	٪۳۰ درمان طبی و سایر اعمال جراحی
	۱۲/۰۰۰/۰۰۰	٪۳۰ زایمان (طبیعی و سزارین، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای)
هزینه های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری جهت بیمه شدگان (صرفاً زوجین نازا و فاقد فرزند)	بدون سقف	٪۳۰
هزینه های پاراکلینیکی	بدون سقف	تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر ٪۳۰ فرانشیز
ویزیت پزشکان	بدون سقف	تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر ٪۳۰ فرانشیز
فرانشیز داروی در تعهد بیمه همگانی و ملزومات دارویی (سرنگ، آنژیوکت، ست سرم)	بدون سقف	-----
هزینه تهیه اعضای طبیعی پیوندی با تأیید انجمن های مربوطه	بدون سقف	٪۳۰
هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم	تا سقف ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال	٪۲۰
هزینه های اروتز و پروتز (طبق تعرفه و تعریف وزارت بهداشت)	بدون سقف	٪۳۰
عینک و لنز طبی	تا سقف ۷۰۰/۰۰۰ ریال	٪۳۰
آمبولانس در هر مورد	داخل شهر ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهر ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال	-

- تعهدات و خدمات برای هر یک از افراد تحت پوشش کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول عبارت است از:

تبصره (۱) جبران هزینه های بستری و جراحی و شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف (مرتبط با جراحی های خوش خیم و بدخیم) و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE درمان طبی و زایمان های زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه نظیر ICU، CCU اطاق ایزوله به شرح زیر می باشد.

الف) تعهد در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد طرف اول در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت ارائه هولوگرام یا دریافت معرفی نامه از

۲۲۵

تعداد: ۵/۴۴
تاریخ: ۱۳۹۴/۰۵/۰۵



بسم تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

طرف اول بر اساس صورتحساب بیمه‌ای مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب) تعهدات در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد طرف اول و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در استان محل دریافت خدمت و با کسر سهم بیمه پایه و در موارد عدم تعهد بیمه پایه با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری باز پرداخت خواهد شد.

ج) بیماری‌های خاص این تفاهم نامه :

- شامل: بیماری‌های هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند ها مانند کلیه، کبد و سایر پیوندها (به جز پیوند اندام‌ها و قرنیه) و بیماری‌های صعب‌العلاج شامل انواع سرطان، بیماری‌های پره کانسر، MS، ALS، پارکینسون، کتونومی ناشی از بیماری‌های متابولیک وارثی، سوختگی، هپاتیت، آرتريت روماتوئید، لوپوس اریتماتوز، بیماری‌های کرون و بهجت و ایدز می باشد، که بر اساس این شیوه نامه پرداخت هزینه تمامی داروهای درمان این بیماری‌ها، اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه با اعمال فرانشیز مقرر در متن قرارداد و در صورت عدم تعهد بیمه پایه، بدون فرانشیز می باشد.

- پرداخت هزینه کیسه کولستومی در بیماران مبتلا به سرطان پس از کسر سهم بیمه پایه و یا فرانشیز مقرر در متن قرارداد.

شایان ذکر است هزینه داروهای مکمل و تغذیه‌ای به استثناء آلبومین که در درمان عوارض بیماری و یا عوارض ناشی از درمان به کار می‌روند، قابل پرداخت نمی‌باشند.

د) جبران هزینه‌های بیماری‌های ضعف عصب و عضله از جمله (پولی میوزیت، دوشن و) و بیماری‌های خود ایمن از جمله (گیلن باره، پمفیگوس، پسوریازیس، شوگرن و...)، بیماری‌های نوروپاتی (به استثناء نوروپاتی‌های ثانویه به بیماری نظیر دیابت و غیره) ، بر اساس این شیوه نامه هزینه تمامی داروهای درمان این بیماری‌ها که در فهرست دارویی رسمی کشور و در تعهد بیمه پایه باشند پس از کسر سهم بیمه پایه و داروهای خارج از فارماکوپه بیمه با اعمال ۳۰ درصد فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.



تاریخ:
شماره:
پیوست:

تبصره ۲) پرداخت هزینه‌های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین و کورتاژ تشخیصی و تخلیه‌ای) در طول مدت قرارداد تا سقف ۱۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال و با اعمال ۳۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۳) تأمین هزینه‌های پاراکلینیکی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و لیزر فیزیوتراپی و مگنت تراپی (حداکثر ۱۰ جلسه برای هر اندام در ماه)، ادیومتری، گفتاردرمانی و کاردرمانی (حداکثر ۲۰ جلسه در ماه)، لیزر درمانی غیرزیبایی، PRP در موارد غیر زیبایی، خدمات اورژانس و سایر اعمال پاراکلینیکی تا سقف تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می‌باشد.

تبصره ۴) هزینه‌های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر لیزیک و RK، برای هر چشم که بر اساس پرینت کامپیوتری چشم و گواهی پزشک (جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم: درجه دوربینی یا نزدیک‌بینی به اضافه نصف درجه آستیگمات و یا هر یک به تنهایی) ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۴/۰۰۰/۰۰۰ (چهار میلیون ریال) با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت است.

تبصره ۵) جریان هزینه اروتز و پروتز مطابق تعریف وزارت بهداشت، پروتزهایی در تعهد می‌باشد که داخل بدن به کار رفته و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر تجهیزات پزشکی که در سایت وزارت بهداشت و درمان موجود باشد و در خصوص اروتز صرفاً آتل‌هایی همچون گردن‌بند، کمربند، زانوبند و بریس که توسط پزشک متخصص ارتوپدی و مغز و اعصاب تجویز گردد مورد تعهد می‌باشد. در نتیجه مواردی همچون عصا، واکر، سمعک، ویلچر، کفش و کفی طبی، دستگاه فشارسنج و سایر موارد در تعهد این قرارداد نمی‌باشد.

تبصره ۶) تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد طرف اول.

تبصره ۷) تأمین هزینه‌های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری جهت بیمه‌شدگان (صرفاً زوجین نازا و فاقد فرزند) بر مبنای تعرفه همترازی در مراکز طرف قرارداد طرف اول با کسر ۳۰٪ فرانشیز

و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می باشد. شایان ذکر است جبران هزینه دارویی این گروه مطابق تبصره ۱۶ همین ماده می باشد.

تبصره ۸) تعهدات در رابطه با آمبولانس و همراه به شرح زیر است:

الف) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار از بیمارستان به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک.

ب) در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبداء و یا تأیید پزشک معتمد طرف اول هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستان و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال (دو میلیون ریال) در هر مورد بین شهری و در موارد آمبولانس شهری تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ (یک میلیون) ریال در هر مورد قابل پرداخت می باشد.

ج) هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۷ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد طرف اول پرداخت می گردد. در هر مورد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول الزامی است.

تبصره ۹) تامین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) و لنز طبی در طول یک سال بیمه ای حداکثر تا سقف ۷۰۰/۰۰۰ ریال (هفتصد هزار ریال) مشروط به تجویز چشم پزشک (بدون ارائه برگه کامپیوتری) یا اپتومتریست با ارائه برگه کامپیوتری نمره چشم توسط عینک فروشی معتبر. در صورت تجویز عینک توسط اپتومتریست در صورتی که شماره چشم کوچکتر و یا مساوی ۰/۵ باشد علاوه بر مدارک فوق ارائه گواهی چشم پزشک نیز الزامی می باشد.

تبصره ۱۰) هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحساب های درمانی و بر اساس مفاد شیوه نامه قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، مازاد هزینه ها، پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۱) جبران هزینه ویزیت پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص مشروط به درج دستور پزشک معالج در دفترچه بیمه گر پایه و حداکثر براساس تعرفه مصوب هیئت وزیران در



تاریخ:
شماره:
پیوست:

بخش دولتی و خصوصی و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۳۰٪
فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۱۲) هزینه خدمات طب مکمل (طب سنتی، هومیوپاتی، طب سوزنی و...) در صورت انجام
توسط پزشک حداکثر معادل تعرفه ویزیت پزشک عمومی قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱۳) جبران فرانشیز داروهای در تعهد بیمه‌پایه.

تبصره ۱۴) نسخ آزاد قابل پرداخت نمی‌باشد.

تبصره ۱۵) حق فنی داروخانه به عهده فرد تحت پوشش می‌باشد.

تبصره ۱۶) جبران هزینه داروهای ناباروری مشروط به درج دستور پزشک در دفترچه بیمه‌گراول با
کسر فرانشیز ۳۰٪ امکان‌پذیر خواهد بود.

تبصره ۱۷) جبران سی درصد (۳۰٪) هزینه آزمایشات ژنتیک و آزمایش های ارسالی به خارج از
کشور (در کتاب ارزش نسبی خدمات ارزش گذاری نگردیده) مشروط بر ارائه دلیل علمی
برای انجام آزمایش.

تبصره ۱۸) طرف اول طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم افراد تحت پوشش به مراکز درمانی
تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و در راستای تعرفه‌های مصوب دولت اقدام
خواهد نمود به نحوی که افراد تحت پوشش بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمان‌های مزبور از
خدمات این مراکز استفاده نمایند.

ماده ۷) فرانشیز تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:

منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه‌های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد است که تأمین آن به
عهده بیمه شده می‌باشد.

۷-۱- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۵، ۶، ۷ و ۹ از ماده ۶ این شیوه‌نامه

(انواع بستری، زایمان، لیزیک، اورتز و پروتز، اعضای پیوندی، نازائی و ناباروری، عینک) بابت

سهم بیمه‌گر اول، ۳۰٪ درصد از هزینه‌های درمانی مورد تأیید و تعهد است. بدیهی است چنانچه

افراد تحت پوشش به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نمایند و یا به هر نحوی از سهم

بیمه‌گر اول استفاده کنند، فرانشیزی از صورت حساب بیمه‌ای ایشان کسر نخواهد شد.

۷-۲- حداکثر تعهد در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۱ و ۱۲ ماده ۶ این شیوه نامه (ویزیت) که دارای تعرفه مصوب و جاری در بخش خصوصی و دولتی از سوی هیئت وزیران می باشند معادل تعرفه بخش خصوصی پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز می باشد. همچنین حداکثر تعهد در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۳ ماده ۶ این شیوه نامه (انواع خدمات پاراکلینیک و اعمال مجاز سرپایی) که تابعی از k می باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز می باشد و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه های طرف اول و با ۳۰٪ فرانشیز می باشد.

استثناء: در صورت مراجعه کارکنان تحت پوشش به مراکز درمانی دولتی و دانشگاهی جهت دریافت خدماتی که تعرفه مصوب شورایی عالی بیمه خدمات درمانی کشور (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را رعایت می نمایند، فرانشیز پرداختی ایشان طبق مفاد شیوه نامه قابل پرداخت می باشد.

۷-۳- خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سرپایی که ارزش گذاری شده و به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد قابل پرداخت می باشند.

تبصره ۱) در خصوص خدمات جدید که در طول قرارداد ارائه گردد و ارزش گذاری نگردیده باشد در صورت تأیید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معادل خدمات مشابه که دارای تعرفه مصوب می باشند، پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲) در صورت مراجعه افراد تحت پوشش به مراکز درمانی طرف قرارداد با طرف اول که فاقد قرارداد با بیمه گر پایه باشند، فرانشیز سهم بیمار توسط ایشان پرداخت می گردد. بیمه شده می تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک رأساً نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید.

تبصره ۳) در هر صورت هزینه های خارج از تعهد به عهده افراد تحت پوشش بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی گردد.

۷-۴- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۴ از ماده ۶ قرارداد هزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) ۲۰ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش پرورش

آب سازهان حافظ

بسمه تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

۷-۵- از خدمات موضوع تبصره ۸ ماده ۶ فرانشیزی کسر نخواهد شد.

ماده ۸) استثنائات تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول: موارد زیر از شمول تعهدات این گروه خارج می‌باشد.

۱. از بین بردن عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۲. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد و در خصوص اعمال درمانی توأم با اعمال زیبایی نظیر سیتوپلاستی همراه با رینوپلاستی، پرداخت هزینه مشروط به پرداخت سهم بیمه‌گر اول می‌باشد.

۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و تأیید مراجع قانونی.

۴. بیماری‌های فراگیر (ایدی‌می).

۵. هزینه چک‌آپ و آزمایشات دوره‌ای و سایر هزینه‌های درمانی که طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.

۶. هزینه‌های واکسیناسیون، مگر در موارد بستری که با تشخیص پزشک معالج تجویز شود و در صورت حساب بیمارستانی موجود باشد.

۷. ترک اعتیاد.

۸. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۹. فعل و انفعالات هسته‌ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.

۱۰. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

۱۱. اتاق خصوصی مگر در خصوص بیماری‌های عفونی که با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.

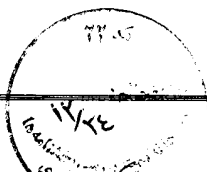
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول.





تاریخ:
شماره:
پیوست:

۱۳. جراحی فک و جراحی لثه. مگر جراحی فک که به علت حوادث تحت پوشش و با تأیید پزشک معتمد طرف اول انجام شود.
- تبصره: در بیمه شدگان زیر ۲۰ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی مربوطه با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر در صورت تعهد بیمه گر اول قابل پرداخت خواهد بود.
۱۴. داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه‌ای دارد از جمله مکمل‌های غذایی و شیرخشک.
۱۵. لوازم بهداشتی - آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیر دندان و وسایل کمک توانبخشی از جمله جوراب واریس، ویلچر، عصا، عینک آفتابی، سمعک، و موارد مشابه.
۱۶. هزینه‌های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
۱۷. عمد بیمه شده در تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.
۱۸. خودکشی، قتل و جنایت.
۱۹. هزینه نگهداری بیماری‌های سایکوتیک، منظور از بیماری‌های سایکوتیک (روانی و جنون) آن دسته از بیماری‌هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بیش نداشته باشد.
۲۰. اعمال جراحی عقیم‌سازی در آقایان و بستن لوله‌ها در خانم‌ها (به جز در مواردی که به عنوان عمل دوم در جراحی‌های داخل شکم انجام شود).
۲۱. کلیه هزینه‌های مربوط به تصادفات رانندگی.
۲۲. خدمات سرپائی نظیر تزریقات، پانسمان، اکسیژن‌تراپی، پرستاری در منزل و سایر موارد مشابه.
۲۳. ویزیت و مشاوره روانشناس، ویزیت اپتومتریست، ماما و سایر کارشناسان و PHD های پروانه‌دار نظیر تغذیه و ...
۲۴. کلیه خدمات دندان پزشکی اعم از ویزیت دندان‌پزشکان، کلیه تصویربرداری‌ها و سایر خدمات مربوطه.
۲۵. هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نگردیده است نظیر هزینه‌های درمان با سلول‌های بنیادی و خدمات جدید که فاقد تعرفه مشخص می‌باشند.
۲۶. اقدامات درمانی جهت آسیب‌های ناشی از سلاح‌های سرد و گرم.





تاریخ:
شماره:
پیوست:

ماده ۹ - تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):

درازا دریافت حق بیمه مقرر موضوع قرارداد تعهدات صندوق برای یکسال بیمه ای برای هر یک از بیمه شدگان عبارت است از:

تبصره ۱) جبران هزینه های بستری اعمال جراحی تخصصی بیمارستانی شامل: درمان جراحی سرطان (جراحی تومورهای بدخیم)، اعمال جراحی قلب، مغز و نخاع (به استثنای جراحی ستون فقرات)، آنژیوپلاستی قلب، هزینه کلیه اهدائی، دیالیز مزمن، پیوند کلیه، پیوند قلب، پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، پیوند ریه حداکثر تا سقف ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۲) جبران هزینه های بستری اعمال جراحی عمومی و درمان طبی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و **DAY CARE**، شیمی درمانی (بستری و سرپایی، داروهای تخصصی)، جراحی ستون فقرات، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر **CCU, ICU** حداکثر تا سقف ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال از محل تعهدات تبصره ۱ ماده ۹ می باشد

تبصره ۳) پرداخت هزینه های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین) و کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای در طول مدت قرارداد حداکثر تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۴) بیماریهای خاص قرارداد شامل انواع سرطان و شیمی درمانی، **MS**، بیماریهای هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، ریه می باشد. تعهد صندوق جهت این بیماران شامل پرداخت هزینه داروهای اختصاصی درمان اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه از محل تعهدات تبصره ۲ ماده ۹ می باشد.

تبصره ۵) هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحسابهای درمانی و براساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردیکه بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، مازاد هزینه ها پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش پرورش

آیین سازمان حافظ

تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

تبصره ۶) طرف اول طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی و در راستای تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود بنحویکه بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

تبصره ۷) طرف اول و طرف دوم می توانند مدارک ارائه شده از طرف بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد مدارک درمانی و معالجه وی تحقیق نماید.

تبصره ۸) تعهد صندوق در مورد اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد طرف اول در طول مدت قرارداد پس از دریافت معرفی نامه بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

تبصره ۹) تعهدات صندوق در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد طرف اول و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در استان محل دریافت خدمت و پس از کسر سهم بیمه پایه و یا اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری باز پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۰) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه اول از قبیل انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، ماموگرافی، ام آر آی، انواع آندوسکوپی، اکو کاردیوگرافی، سی تی آنژیوگرافی، TCD، آنژیوگرافی چشم و دانسیتومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۱) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه دوم از قبیل تست ورزش، نوار مغز، نوار قلب، نوار عصب و عضله، اسپرومتری، رادیولوژی، فیزیوتراپی، اودیومتری، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی و شنوایی و تمپانومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۲) تامین هزینه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در آخرین ویرایش کتاب تعرفه ارزش نسبی خدمات مانند: شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایو تراپی، تخلیه کیست، اکسیژون ضایعات بدنی و



تاریخ:
شماره:
پیوست:

تومور، لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، تست آلرژی و سایر موارد مشابه حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۳) هزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر لیزیک و RK، برای هر چشم که بر اساس پرینت کامپیوتری چشم و گواهی پزشک (درجه دوربینی یا نزدیک بینی به اضافه نصف درجه آستیگمات و یا هر یک به تنهایی) ۳ دیوپتر و بیشتر باشد برای هر چشم حداکثر تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ (سه میلیون ریال) قابل پرداخت است.

تبصره ۱۴) جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار از بیمارستان به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج، داخل شهری تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال و بین شهری ۱/۲۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۵) تامین هزینه های آزمایش و پاتولوژی تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

خلاصه جدول تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):

تعهدات	سقف تعهدات (ریال)	فرانشیز و توضیحات
هزینه های بیمارستانی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول و با فرانشیز ۳۰٪
	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول و با فرانشیز ۳۰٪
	۵,۰۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول و با فرانشیز ۳۰٪
هزینه های پاراکلینیکی (۱) انواع اسکن-انواع سی تی اسکن-ماموگرافی-سونوگرافی-ام ار ای-انواع آندوسکوپی-اکوکاردیوگرافی، سی تی آنژیوگرافی و دانسیتومتری، TCD، آنژیوگرافی چشم	۵,۰۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول
هزینه های پاراکلینیکی (۲) هزینه های تست ورزش، نوار عصب عضله، نوار مغز، نوار قلب، اسپیرومتری، رادیولوژی و فیزیوتراپی، اودیومتری، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی و شنوایی، تمپانومتری	۲,۵۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول

۲۲۰۰
۱۵/۲۰۰



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش پرورش

آیین سازان حافظ

تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

هزینه جراحی مجاز سرپایی و بدون بستری مانند شکستگیها-گچ گیری-خته - بخیه-کرایوتراپی-تخلیه کیست-اکسیژون ضایعات بدنی و تومور-لیزر درمانی(در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، تست آلرژی و سایر موارد مشابه	۲,۵۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول
هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم	تا سقف ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال	فرانشیز ۲۰٪
هزینه آمبولانس	داخل شهر ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهری ۱,۲۰۰,۰۰۰ ریال	
هزینه های آزمایش و پاتولوژی	۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال	پس از کسر سهم بیمه گر اول

ماده ۱۰) فرانشیز تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):

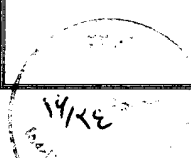
منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد می باشد که تأمین آن به عهده بیمه شده می باشد.

۱-۱-۱- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۳، از ماده ۹ قرارداد (انواع بستری تخصصی و عمومی و زایمان) بابت سهم بیمه گر اول، ۳۰٪ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است بدیهی است چنانچه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نماید و یا به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده کند، فرانشیزی از صورت حساب کسر نخواهد شد.

۱-۱-۲- حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۵ ماده ۹ این شیوه نامه (انواع خدمات پاراکلینیک، اعمال مجاز سرپایی و هزینه های آزمایش و پاتولوژی) که تابعی از k می باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۳۰٪ فرانشیزی می باشد و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه های طرف اول و با ۳۰٪ فرانشیز می باشد.

۱-۱-۳- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱۳ از ماده ۹ قرارداد هزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) ۲۰٪ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است

۱-۱-۴- از خدمات موضوع تبصره ۱۴ ماده ۹ فرانشیزی کسر نخواهد شد.





تاریخ:
شماره:
پیوست:

استثناء: در صورت مراجعه بیمه شده جهت دریافت خدمات به مراکز درمانی دولتی دانشگاهی که تعرفه های مصوب را رعایت می نمایند، فرانشیز پرداختی بیمه شده طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت می باشد. ۱۰-۵- خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سرپایی که ارزش گذاری شده و به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد قابل پرداخت می باشند.

تبصره ۱) در خصوص خدمات جدید که در طول قرارداد ارائه گردد در صورت تایید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معادل خدمات مشابه که دارای تعرفه مصوب می باشند، پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲) در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد با شرکت بیمه که فاقد قرارداد با بیمه گریه باشند، فرانشیز سهم بیمار توسط ایشان پرداخت می گردد. بیمه شده می تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک راسا نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید.

تبصره ۳) در هر صورت هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه شده بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی گردد.

ماده ۱۱) استثنائات تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):

موارد زیر از شمول تعهدات صندوق درمان برای این گروه خارج می باشد.

۱. از بین بردن عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۲. اعمال جراحی که بمنظور زیبایی انجام می شود و یا همراه با اعمال زیبایی می باشند.

۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه گر و تأیید مراجع قانونی.

۴. درمان بیماری ایدز و بیماریهای فراگیر (اپیدمی).

۱۷/۲۴



تاریخ:
شماره:
پیوست:

۵. هزینه چک آب و آزمایشات دوره ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می باشد.
۶. هزینه های واکسیناسیون، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج تجویز شود و در صورت حساب بیمارستانی موجود باشد
۷. ترک اعتیاد.
۸. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
۹. فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.
۱۰. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه و هر گونه آسیب ناشی از سلاح سرد و گرم تحت هر عنوان و علت.
۱۱. اتاق خصوصی مگر در خصوص بیماریهای عفونی که با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گریمه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک معتمد طرف اول.
۱۳. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه ای که در زمان قرارداد رخ داده و تحت پوشش باشد.
- تبصره: در بیمه شدگان زیر ۲۰ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی مربوطه با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر در صورت تعهد بیمه گر اول قابل پرداخت خواهد بود.
۱۴. داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه ای دارد از جمله مکمل های غذایی و شیرخشک.
۱۵. لوازم بهداشتی - آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیردندان که جنبه دارویی ندارند
۱۶. هزینه انواع اورتز(وسایل کمک توانبخشی) مانند: جوراب واریس، ویلچر، عصا، لنز(مگر در مواردی که در جراحی چشم استفاده می شود)، سمعک، شکم بند، کمربند طبی، کمرست طبی و موارد مشابه.
۱۷. هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن.
۱۸. عمد بیمه شده در تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.



تاریخ:
شماره:
پیوست:

۱۹. خودکشی - قتل - جنایت.
۲۰. کلیه هزینه های مربوط به بیماری های روانی.
۲۱. اعمال جراحی عقیم سازی در آقایان و بستن لوله ها در خانم ها (بجز در مواردیکه بعنوان عمل دوم در جراحی های داخل شکم انجام شود).
۲۲. کلیه هزینه های مربوط به تصادفات رانندگی.
۲۳. خدمات سرپائی نظیر دارو، عینک، ویزیت، مشاوره، گفتاردرمانی، کاردرمانی، تزریقات، پانسمان، اکسیژن تراپی، پرستاری در منزل و سایر موارد مشابه.
۲۴. اعمال جراحی مربوط به درمان نازایی و ناباروری نظیر میکرو اینجکشن، IVF، ZIFT، GIFT، IUI، هزینه های دارویی و سایر هزینه های مربوط به درمان نازایی و همچنین کلیه هزینه های مربوط به برگشت اعمال عقیم سازی.
۲۵. کلیه خدمات دندانپزشکی اعم از جراحی لثه و ویزیت دندانپزشکان، کلیه تصویر برداری ها و سایر خدمات مربوطه.
۲۶. هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نگردیده است نظیر هزینه های درمان با سلولهای بنیادی، و ...
۲۷. کلیه خدماتی که در تعهدات ماده ۹ قید نگردیده است.

ماده ۱۲) نحوه ارسال لیست افراد تحت پوشش:

طرف دوم مکلف است حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۱۵ نسبت به اعلام اسامی نهایی افراد تحت پوشش که حاوی اطلاعاتی از جمله نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) شماره شناسنامه، نام پدر، کدملی، کدملی سرپرست، کدپرسنلی، شماره حساب بانک ملی کارکنان اصلی تحت پوشش، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با نفر اصلی، وضعیت تکفل قانونی فرد تحت پوشش تبعی، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و ... باشد اقدام نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، طرف اول فقط نسبت به تحت پوشش قرار دادن کارکنان طرف دوم شامل: افراد جدیدالاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین، نوزادان و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می نمایند (مشروط به ارسال مستندات مربوطه مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه) و حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ وقوع از سوی طرف دوم برای طرف اول با نامه کتبی، اقدام خواهد



تاریخ:
شماره:
پیوست:

نمود. بدیهی است پوشش بیمه‌ای کارکنانی که در سال بیمه‌ای گذشته تحت پوشش قرار داشته‌اند، در صورت عدم انصراف، کماکان به حال و قوت خود باقی است.

تبصره ۱) ارائه خدمت به اعضای جدید (افراد جدید الاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می‌نمایند) با رعایت ضرب‌الاجل تعیین شده، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی طرف دوم می باشد. ضمناً موارد حذف شامل فوت افراد تحت پوشش و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با طرف دوم قطع می شود، خواهد بود.

در مورد حذف افراد تحت پوشش، زمان مؤثر جهت حذف، تاریخ وقوع (در صورت عدم دریافت خسارت پس از تاریخ وقوع) خواهد بود.

تبصره ۲) کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده آنان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره ۱ ماده ۸ این شیوه نامه قید نگردیده به استناد از قلم افتادگی نمی توانند تحت پوشش قرار گیرند، مگر آنکه حداکثر ۴۵ روز پس از اتمام مهلت ارسال لیست نهایی با نامه کتبی طرف دوم و ارائه مستندات مبنی بر پوشش بیمه ای سال قبل به طرف اول اعلام گردد.

فصل دوم: شرایط و میزان تعهدات

ماده ۱۳) حدود تعهدات:

تبصره ۱) ملاک عمل طرف اول برای پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر تا سقف تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز برای تعهدات ماده ۷ و کسر ۳۰٪ فرانشیز برای تعهدات ماده ۹ خواهد بود.

تبصره ۲) طرف اول تعهد می‌نماید که پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه‌های مربوط به افراد تحت پوشش مطابق با مفاد این شیوه نامه اقدام نماید.

تبصره ۳) طرف اول می‌بایست هزینه بیمارانی که با معرفی نامه کتبی طرف اول و هولوگرام، سامانه دریافت کد رهگیری و یا کارت هوشمند از مراکز درمانی طرف قرارداد طرف اول استفاده می‌نمایند، برابر صورتحساب‌های بیمه‌ای مراکز فوق‌الذکر پس از کسر سهم بیمه‌گر اول و یا اعمال فرانشیز مربوطه مورد رسیدگی و تسویه قرار می‌گیرد و در صورتی که افراد تحت



پوشش مستقیماً و بدون اخذ معرفی نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، هزینه های درمانی حداکثر بر اساس تعرفه بیمارستان های همتراز طرف قرارداد با طرف اول در استان محل انجام خدمت ضمن رعایت سایر ضوابط قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۴) هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد می باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتهای و سازمان های بیمه ای نمی تواند از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه های مورد قبول طرف اول مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان ها و شرکتهای مذکور در این تبصره طبق مفاد شیوه نامه می باشد.

تبصره ۵) طرف اول می بایست بیمارستان های طرف قرارداد خود را ملزم نماید تا از دریافت هر گونه وجه اضافی از بیمار خارج از مفاد این شیوه نامه فی مابین طرف اول و بیمارستان خودداری و مبالغ دریافتی از بیماران را تحت هر عنوان در صورت حساب قید نماید و در صورت اخذ هر گونه وجه اضافی با ارائه مدارک مثبت، هزینه محاسبه و پس از کسر از صورت حساب بیمارستان طرف قرارداد به بیمار پرداخت گردد.

تبصره ۶) طرف اول متعهد می گردد که به منظور کاهش دغدغه ها و نگرانی های افراد تحت پوشش و همچنین جلب رضایت مندی آنان نسبت به توسعه و انعقاد قرارداد با مراکز درمانی خصوصی و دولتی بر اساس تعرفه های مصوب هیات محترم وزیران و تلاش مضاعف جهت خرید راهبردی خدمات اقدام نماید. تا افراد تحت پوشش با اخذ معرفی نامه از طرف دوم از مزایای صندوق درمان بهره مند شوند. ضمناً طرف اول متعهد می گردد حداکثر توان خود را در عقد قرارداد با اکثر بیمارستان ها و ارسال لیست آن جهت اطلاع رسانی به افراد تحت پوشش به کار گیرد.

تبصره ۷) هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده اند در زمان صلح مشمول بیمه می باشند.

تبصره ۸) هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی (خدمات بستری) خارج از کشور افراد تحت پوشش حداکثر بر اساس تعرفه مورد عمل بیمارستان های درجه یک طرف قرارداد با طرف اول معادل هم ارز ریالی بر اساس نرخ اعلامی توسط بانک مرکزی در زمان ترخیص از بیمارستان



تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

خواهد بود و طبق مفاد شیوه نامه پس از اخذ سهم بیمه پایه قابل پرداخت می باشد. مشروط بر این که مدارک پزشکی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد (افراد تحت پوششی که در خارج از کشور با فوریت پزشکی معالجه می شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند).

تبصره ۹) طرف اول مکلف است با بیمارستان ها و مراکز درمانی سرپایی و پاراکلینیکی طرف قرارداد به منظور پذیرش با کارت های صادره، هولوگرام، سامانه دریافت کد رهگیری و یا کارت هوشمند در اسرع وقت هماهنگی نماید. همچنین لیست بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد مذکور در کل کشور را در اختیار طرف دوم قرار دهد.

تبصره ۱۰) طرف اول می بایست در شهرها و مراکزی که فاقد شعبه اجرایی می باشد، نسبت به ارائه سرویس به افراد تحت پوشش اقدام لازم را معمول نماید.

تبصره ۱۱) ابلاغ تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی مصوب هیات محترم وزیران برای بخش دولتی و خصوصی و تعرفه های توافقی به شعب و اجرای دقیق تعرفه های مذکور بر اساس مواد و تبصره های این قرارداد.

تبصره ۱۲) ارسال گزارش ماهانه ریز هزینه ها و امکان دسترسی به اطلاعات و خسارت برای طرف دوم.

تبصره ۱۳) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و نظارت بر چگونگی پرداخت هزینه های درمانی افراد تحت پوشش، حق بررسی دفاتر و اسناد طرف اول برای طرف دوم محفوظ می باشد.

تبصره ۱۴) طرف اول مسئول انطباق خدمات در خواستی افراد تحت پوشش با مفاد قرارداد، اعم از سقف تعهدات و محدودیت های پوشش بیمه ای آنها بوده و می بایست نسبت به جبران هرگونه اشتباه عمدی در پرداخت هزینه های درمانی و تشخیصی مراکز درمانی و بیمارستان های طرف قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۱۵) در مواردی که طرف دوم نسبت به نحوه محاسبه و پرداخت خسارات (خارج از مفاد تفاهم نامه) اعتراض نماید، طرف اول موظف است ضمن بررسی موارد مطرح شده، نسبت به اعمال کنترل و دقت لازم در موارد مشابه اقدام و در صورت تکرار موارد مشابه، نسبت به جبران خسارات وارده به طرف دوم اقدام نماید.

شماره ۲۲

۲۲/۲۶



تاریخ:
شماره:
پیوست:

فصل سوم: نحوه استفاده افراد تحت پوشش از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور

ماده ۱۴) افراد تحت پوشش در انتخاب پزشکان و بیمارستان‌های مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود.

تبصره ۱) افراد تحت پوشش در صورت نیاز به استفاده از بیمارستان‌های طرف قرارداد می‌توانند با ارائه کارت معتبر، هولوگرام و یا معرفی‌نامه لازم، از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند.

تبصره ۲) افراد تحت پوشش در استفاده از بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه‌ها و ارائه اسناد، هزینه‌ها متعلقه طبق مفاد شیوه‌نامه بر اساس درجه‌بندی بیمارستان‌های طرف قرارداد با طرف اول قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۳) مدارک لازم برای صدور معرفی‌نامه به بیمارستان‌ها و مراکز طرف قرارداد قبل از صدور کارت درمانی:

۱. معرفی‌نامه از طرف دوم
۲. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی.
۳. اصل و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار.
۴. کارت ملی

ماده ۱۵) افراد تحت پوشش می‌بایست هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را در صورت عدم استفاده از معرفی‌نامه یا کارت بیمه و یا هولوگرام راساً پرداخت نموده و تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد سازمان بیمه سلامت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان‌های طرف اول اولیه رسیده باشد را به انضمام تصویر چک و یا حواله دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) کارت ملی بیمه شده اصلی به همراه درخواست کتبی طرف دوم و یا کارت درمانی طرف اول برای دریافت مازاد خسارت طبق مفاد این شیوه‌نامه به طرف اول تسلیم نماید. در مواردی که بیمه‌گر پایه از پرداخت هزینه‌های مورد تعهد خود داری نماید، هزینه‌ها با ارائه اصل مدارک محاسبه و پس از کسر فرانشیز با رعایت سایر مفاد شیوه‌نامه پرداخت خواهد شد.



تاریخ:
شماره:
پیوست:

ماده ۱۶) حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی توسط افراد تحت پوشش، در طول قرارداد و حداکثر تا سه ماه پس از اتمام قرارداد و تا تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۳۰ می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت طرف اول هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

ماده ۱۷) این شیوه نامه مشتمل بر ۱۷ ماده و ۶۸ تبصره و در چهار نسخه تنظیم یافته که هر چهار نسخه حکم واحد را دارد.

دکتر علی الهیار ترکمن
معاون توسعه مدیریت و پشتیبانی
وزارت آموزش و پرورش
طرف دوم

دکتر سیدمرتضی ادیبانی
مدیرعامل و عضو هیئت مدیره
گروه شرکت آتیه سازان حافظ
طرف اول