

## بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

**اساس قرارداد:** بیمه نامه گروهی مازاد درمان براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه است) تنظیم می شود. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود.

بیمه نامه مازاد درمان گروهی با هدف پوشش شکاف میان تعرفه های مورد اجرای سازمانهای بیمه پایه (خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح) و تعرفه های مراکز خصوصی ایجاد گردیده و همانگونه که از نام آن برمی آید تعهدات این بیمه نامه مازاد بر سهم بیمه گر اول (پایه) را شامل می گردد. بنابراین بیمه ؛شده حتما" می بایستی قبل از مراجعه به شرکت، سهم بیمه گر اول را اخذ نموده باشد.

**نکته:** چنانچه به هر علتی بیمه شده نتواند از بیمه گر اول خسارت دریافت نماید، طبق قرارداد فرانشیز مقرر مربوط به آن نوع خسارت اعمال خواهد گردید.

**بیمه گذار:** سازمانی است که متعهد به پرداخت حق بیمه می باشد.

شخصی است که مشخصات وی در بیمه نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

### بیمه گر اول (پایه):

سازمانی است که طبق قانون بیمه درمان همگانی متعهد به جبران خسارت هزینه های درمانی و تشخیصی بیمه شدگان خود در سقف **تعرفه های بخش دولتی** می باشد. از قبیل: سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و.....

### بیمه گر تکمیلی:

شرکتی که متعهد به جبران خسارت درمانی و تشخیصی بیمه شده مازاد بر سقف تعرفه های بخش دولتی می باشد.

### هزینه های بیمارستانی:

عبارتند از خسارتهای بیمارستانی و اعمال جراحی ناشی از حادثه و بیماری که در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود انجام می شود و شامل موارد زیر می گردد:

- هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن، رادیوتراپی گامانایف شیمی درمانی.
- هزینه جراحی تخصصی شامل: جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی (به استثنای دیسک ستون فقرات)، قلب باز و آنژیوپلاستی عروق کرونر، پیوند کلیه، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان،

- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین  
- جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک)  
- هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در داخل شهر؛ در صورت بستری شدن در بیمارستان .  
- هزینه همراه بیماران کمتر از ۷ سال و بیشتر از ۷۰ سال که در بیمارستانها بستری می باشند.

- هزینه انتقال بیمار با آمبولانس بین شهری؛ به خارج شهر در صورت بستری شدن در بیمارستان .

### - هزینه های پاراکلینیکي :

- عبارت است از هزینه های درمانی و تشخیصی که بصورت سرپایی و بدون بستری شدن در بیمارستان انجام می گردد و در دوازده گروه به صورت جدول زیر دسته بندی می گردد .

- پاراکلینیکي گروه ۱ : سونوگرافي - ماموگرافي - انواع اسکن - سي تي اسکن - آندوسکوپي - M.R.I - اکوکارديوگرافي - دانستيومتری

- پاراکلینیکي گروه ۲ : تست ورزش- نوار عضله و عصب - نوار مغز- آنژیوگرافي چشم- تست آلرژي - تست تنفسي - نوار مثانه - شنوایي سنجي - بینائي سنجي - هولتر قلب

- گروه ۳ (جراحی های مجاز سرپایی) : نظیر : شکستگی - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژون لیپوم - تخلیه کیست - لیزر درمانی - بیوپسی

- گروه ۴ : جبران هزینه های خدمات آزمایشی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی ، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافي ، نوارقلب ، فیزیوتراپی

- گروه ۵ : جبران هزینه های ویزیت ، دارو ، خدمات اورژانس

- گروه ۶ : جبران هزینه های دندان پزشکی

- گروه ۷ : جبران هزینه های خرید عینک و لنز تماسی طبی

- گروه ۸ : جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک

- گروه ۹ : جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم

- گروه ۱۰ : جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن

- گروه ۱۱ : هزینه تهیه اوروتر

- گروه ۱۲ : هزینه های تشخیص بیماری ها و نا هنجاری های جنینی منوط به داشتن پوشش زایمان

**تبصره:** ممکن است در برخی از بیمه نامه های درمان تکمیلی گروهی ، خدماتی اضافی تحت پوشش قرار گیرد که در اینصورت با توافق بیمه گر و بیمه گذار خدمات مذکور در یکی از گروههای پاراکلینیکی (جدول) طبقه بندی می گردد.

#### **تعرفه :**

مبلغ قابل قبول بیمه گر بابت هر عنوان خسارت ( هزینه ) می باشد که بسته به مورد با توجه به مصوبات و بخش نامه های سازمانهای ذیربط، کتاب تعرفه کالیفرنیا و ارزش نسبی خدمات، قراردادهای شرکت بیمه گر با مراکز درمانی و تشخیصی، اصل هم طرازی و حداکثر عرف استانی مشخص می گردد .

#### **تعرفه گلوبال:**

جهت تسریع و تسهیل در محاسبه خسارت گروهی از اعمال جراحی که به صورت روتین و معمول در بیمارستانهای طرف قرارداد با سازمانهای بیمه پایه انجام می گیرند، وزارت بهداشت و درمان اقدام به استخراج تعرفه ۶۰ مورد جراحی شایع بصورت سرجمع ( گلوبال ) نموده است که هرساله بر اساس ضرایبی تعیین و اعلام می گردد . در خصوص تعرفه های گلوبال نیاز به درخواست مستندات از قبیل ریز دارو و لوازم، جواب آزمایش و غیره نبوده و اصل صورتحساب و تصویر برگ شرح عمل و خلاصه پرونده کفایت می نماید . اخیرا برای برخی اعمال نظیر آنژیوگرافی و کاتاراکت، در بخش خصوصی نیز گلوبال سازی انجام گردیده است.

#### **بیمه شدگان :**

کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار که به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان از طرف بیمه گذار بعنوان بیمه شده معرفی میشوند.

#### **موضوع بیمه (بیمه مازاد درمان تکمیلی):**

عبارت است از جبران **بخشی** از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری یا حادثه و سایر پوششهای اضافی درمانی بیمه شدگان که در تعهد بیمه گر پایه نبوده و طی بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است .

#### **حادثه :**

هر واقعه ناگهانی ناشی از یک **عامل خارجی** که **بدون قصد و اراده بیمه شده** اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد .

#### **بیماری :**

هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن **طبق**

#### **تشخیص پزشک**

#### **حق بیمه :**

وجهی است که بیمه شده از طریق بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر می پردازد

### **دوره انتظار :**

مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و بیماریهای مشمول دوره انتظار عبارتند از :

کاتاراکت، استرابیسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی قلب باز، نارسایی مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، جراحی پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیستریکتومی، سیتوسل، رکتوسل و انتروسل، زایمان ( طبیعی-سزارین) دوره انتظار جهت پوشش این بند برای گروه های زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه از ۱۰۰۰-۲۵۰ نفر، ۶ ماه و برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

**نکته:** در مواردیکه مداخله طبی ضروری و اورژانسی باشد، دوره انتظار اعمال نمی گردد. برای مثال بستری شدن بیمار قلبی در CCU یا هیستریکتومی در بیماری که خونریزی شدید داشته باشد. (تشخیص اورژانسی بودن اقدام طبی بر عهده پزشک معتمد شرکت می باشد.)

### **فرانشیز و انواع آن :**

#### **فرانشیز :**

میزانی از خسارت یا هزینه که بر عهده بیمه شده می باشد. در مورد هر بیمه گذار رقم مربوط در متن قرارداد مشخص گردیده است.

#### **فرانشیز دولتی :**

میزانی از خسارت یا هزینه که در مراکز دولتی بر عهده بیمه شده می باشد. این میزان در حال حاضر ۳۰٪ در موارد سرپایی و ۱۰٪ در موارد بستری می باشد.

#### **فرانشیز خصوصی :**

میزانی از خسارت یا هزینه که در مراکز خصوصی یا غیر دولتی بر عهده بیمه شده می باشد. روش محاسبه فرانشیز خصوصی به شکل زیر است :

فرانشیز خصوصی = ۷۰٪ تعرفه دولتی - تعرفه بخش

#### **خصوصی : سرپایی**

فرانشیز خصوصی = ۱۰٪ تعرفه دولتی

#### **- تعرفه بخش خصوصی : بستری**

در صورت استفاده بیمه شده از دفترچه بیمه گر اول، فرانشیز اخذ شده از بیمه شده ( دولتی یا خصوصی ) در تعهد شرکت می باشد.

چنانچه بیمه شده به هر علتی از دفترچه بیمه خود استفاده ننماید پرداختی براساس تعرفه های مورد قبول بیمه گر با اعمال فرانشیز خواهد بود.

#### **خدمات Day Care :**

خدماتی که نیازمند امکانات و تجهیزات بیمارستانی یا مراکز تخصصی بوده ولی مدت اقامت بیمار در بیمارستان یا مرکز کمتر از ۶ ساعت می باشد.

#### **معرفی نامه :**

برگه ای است که جهت شناسایی بیمه شدگان تحت پوشش شرکت در بیمارستانهای طرف قرارداد و اعلام سقف تعهد شرکت در قبال بیمه شده بابت بیماری مشخص شده توسط پزشک معالج بعنوان علت بستری، توسط بیمه گر صادر می گردد.

### **انواع معرفینامه جهت مراکز درمانی طرف قرارداد :**

۱. معرفی نامه جهت پذیرش بیمارستان
۲. معرفی نامه جهت پذیرش مراکز تصویر برداری
۳. معرفی نامه جهت مراکز دندانپزشکی
۴. معرفی نامه جهت مراکز فیزیوتراپی
۵. معرفی نامه جهت مراکز خرید عینک

### **مزایای صدور معرفی نامه :**

- ۱- امکان انجام برخی کنترلهای اولیه توسط بیمه گر قبل از وقوع هزینه : نظیر تأیید در تعهد بودن عمل لیزیک، بررسی انحراف بینی، اعمال جراحی معده در افراد چاق
- ۲- اخذ هزینه موارد در تعهد بیمه شده؛ توسط بیمارستان
- ۳- عدم تحمیل هزینه به بیمه شده به دلیل اعمال هم طرازی یا اعمال کدهای اشتباه و .....
- ۴- قطع ارتباط پولی پزشک و بیمارستان با بیمه شده
- ۵- کاهش زمان کارشناسی سند توسط بیمه گر

### **مرکز طرف قرارداد :**

پمرکزی است که برای ارائه خدمات خود به بیمه شدگان شرکت بیمه طبق تعرفه مشخص، با آن شرکت، قرارداد منعقد می نماید. تعرفه های مورد توافق نباید از تعرفه های مقرر در بخشنامه های مراجع ذیصلاح تعرفه گذاری بالاتر باشد.

**نکته :** یکی از نقش های عمده شرکت های بیمه تکمیلی اینست که بعنوان خریداران عمده خدمات تشخیصی و درمانی عمل نموده و تاثیر به سزایی در کنترل هزینه های خدمات این حوزه ایفا می نمایند. تخفیف های گروهی که در عقد قرارداد با مراکز مختلف تشخیصی و درمانی اعمال می گردد نقش به سزایی در کاهش نرخ حق بیمه و کاهش سهم بیمار از هزینه ها دارد. از طرف دیگر استفاده بیمه شده از معرفی نامه موجب تسهیل در امر بهره مندی از مزایای بیمه نامه می گردد و نیازی به اخذ مدارک مختلف جهت اخذ خسارت نمی باشد. بنابراین توسعه منطقی تعداد مراکز طرف قرارداد از وظایف عمده هر بیمه گر درمان تکمیلی می باشد.

### **درجه ارزشیابی بیمارستان :**

هر بیمارستان بر اساس امکانات و تجهیزات موجود در آن؛ هر سال توسط اداره نظارت بر درمان و اعتبار بخشی بیمارستانهای وزارت بهداشت تحت ارزشیابی در سه بخش قرار میگیرد: کلی(عمومی)، ICU، CCU. این سه بخش مستقل از یکدیگر می باشند و یک بیمارستان با درجه ارزشیابی ۲ می تواند دارای ICU با درجه ۱ باشد.

**نکته ۱:** کلیه بیمارستانها و بخشهای ICU و CCU جدیدالاحداث در سال اول بعنوان درجه ۱ ارزشیابی می شوند.

**نکته ۲:** چنانچه بیمارستانی یا بخش ویژه ای در ارزشیابی ها فاقد شرایط احراز درجه باشد یا اینکه اصلاً" مورد ارزشیابی سالانه قرار نگیرد بعنوان بیمارستان یا بخش ویژه فاقد درجه ( یا درجه ۲ ) طبقه بندی شده و ارزش خدمات آن ۸۰٪ ارزش درجه ۳ محاسبه می گردد.

### **اصل هم طرازی:**

بر اساس متن قرارداد بیمه های تکمیلی چنانچه بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه گر مراجعه نماید؛ پرداخت خسارت بر اساس قرارداد با مراکز طرف قرارداد بیمه گر خواهد بود.

**پروتز:** پروتزها وسایلی هستند که به صورت موقت یا دائم در بدن فرد به صورت داخلی کارگذاری می شوند. نظیر لنز داخل چشمی در جراحی کاتاراکت یا پیچ و پلاک در جراحی شکستگی ساعد.

### **نحوه ارزش گذاری خدمات تشخیص و درمانی:**

مرجع ارزش گذاری خدمات تشخیصی و درمانی کتاب تعرفه های تشخیصی و درمانی ( موسوم به کتاب کالیفرنیا ) می باشد که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و توزیع گردیده است.

جهت تسهیل در امر ارزش گذاری، کتابچه تعرفه های خدمات هر ساله به همت معاونت امور دارو و درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی چاپ می گردد که مشتمل است بر:

مصوبه هیأت دولت مربوط به تعرفه های بخش دولتی در همان سال، تعرفه خدمات پرتویزشکی ( رادیولوژی، آنژیو گرافی غیر تهاجمی، آنژیو گرافی دیجیتال، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیو تراپی )، خدمات آزمایشگاهی ( شیمی بالینی، سیتو پاتولوژی، هورمونها، تومور مارکرها، خون شناسی، انعقاد خون، سرولوژی و ایمونولوژی، میکروب شناسی و آسیب شناسی تشریحی، ژنتیک پزشکی و پزشک قانونی )، تعرفه های گلوبال ۶۰ مورد در بخش دولتی، تعرفه خدمات دندان پزشکی در بخش دولتی.

تعرفه مربوط به موارد فوق در **بخش خصوصی** هر ساله از طریق وزارت بهداشت و درمان یا سازمان نظام پزشکی ابلاغ می گردد.

بنابراین ملاک محاسبه سازمانهای بیمه گر در خصوص خدمات فوق الذکر تعرفه های اعلام شده از **مراجع ذیصلاح** خواهد بود.

## نکات قابل توجه در صدور معرفی نامه

- با توجه به اینکه این برگ برای صادرکننده (شرکت) تعهدآور است دقت در صدور آن و مراقبت توسط بیمه شده الزامی است .
- در صدور معرفی نامه نام بیمار، تاریخ اعتبار، علت بستری و میزان تعهد شرکت و فرانشیز خسارت الزاما" بایستی ثبت گردد .
- **علت بستری** باید به صراحت در برگ بستری قید شده باشد .
- درج صحیح رقم **فرانشیز** الزامی است .
- در موارد شک به نزاع، "گزارش نیروی انتظامی": شک به خودکشی، "نظریه پزشک معالج": "شک به تصادف"، "کروکی حادثه" " اخذ گردد .(در موارد اضطراری که امکان ارایه برگه های مذکور وجود ندارد اخذ تعهدنامه کتبی مبنی بر عودت هزینه های خارج از تعهد به شرکت الزامی است .)
- معمولا" اعتبار معرفی نامه ۱۰ روز از زمان صدور می باشد .
- بررسی دوره انتظار برای بیماریهای مزمن الزامی است .
- بررسی بیماریهای مادرزادی بر اساس تعهدات قرارداد . (عیوب مادرزادی صرفا" در مواردیکه عمل جنبه درمانی داشته است در تعهد می باشد مثل عمل جراحی قلب در نوزادان یا کودکان .)
- در موارد ذیل نیاز به معاینه قبل از عمل الزامی است : ۱- چاقی مفرط ۲- عیوب انکساری ۳- سپتوپلاستی (انحراف بینی) ۴- استرابیسم (لوچی) ۵- جراحی فک
- معرفی نامه استفاده نشده حتما" به شرکت جهت ابطال باید عودت گردد .
- جهت اصلاح یا تمدید معرفی نامه، ارائه معرفی نامه قبلی الزامی است .

## فهرست اعمال غیر مجاز در مطب :

(طبق آیین نامه شماره ۷۴ بیمه مرکزی)

- ۱- کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
- ۲- اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد(از جمله انواع فتق ها)
- ۳- اعمال جراحی روی استخوان های بزرگ و طویل بدن
- ۴- اعمال جراحی داخل قفسه صدري- کاتریسم قلب وعروق
- ۵- اعمال روی عضلات - اوتار - اعصاب - عروق مگر در مواقع اورژانس
- ۶- اعمال جراحی داخل دستگاه های تناسلی و ادراری زن و مرد، و زایمانهای غیر طبیعی وطبیعی

- ۷- کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
- ۸- اعمال جراحی وسیع استخوان های فک و صورت و داخل حلق (منجمله شکاف کام و لب شکری ، لوزتین و سینوسها)
- ۹- بیوپسی نسوج داخل مری- تراشه - برونش ها - روده ها - مثانه - کبد - طحال
- ۱۰- عمل کاتاراکت - گلوکوم - پارگی شبکیه - تومورهای حفره چشم - استرابیسم چشم
- ۱۱- عملیات وسیع گوش میانی و خارجی از قبیل تمپانوپلاستی و غیره
- ۱۲- عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (open reduction)
- ۱۳- بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
- ۱۴- رزکسیون فک
- ۱۵- رزکسیون کندیل فک
- ۱۶- رزکسیون زبان
- ۱۷- عمل جراحی باز در آرچ زیگما
- ۱۸- جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
- ۱۹- جانداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی- فکی
- ۲۰- عمل جراحی روی عصب دندانی- تحتانی
- ۲۱- بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

## انواع بیمارستانها :

### **بیمارستانهای خصوصی غیر طرف قرارداد با بیمه گر اول :**

بیمارستانهایی که با هیچ گونه بیمه گر اولیه قرارداد ندارند .

### **بیمارستانهای خصوصی طرف قرارداد با بیمه گر اول :**

بیمارستانهایی که با بیمه گر اولیه طرف قرار داد می باشند ولی تمام هزینه پرداختی در تعهد بیمه گر اولیه نمی باشد . تنها قسمتی از سهم تعهد بیمه گر اول را پرداخت می کنند.

### **بیمارستانهای دولتی :**



بیمارستانهایی که کاملاً تحت پوشش بیمه گر اولیه (تامین اجتماعی ، نیروهای مسلح ، خدمات درمانی و ... ) قرار دارند و تقریباً ۹۰٪ از هزینه های بیمار توسط بیمه گر اولیه پرداخت شده و فقط ۱۰٪ از هزینه ها که همان فرانشیز می باشد توسط بیمار پرداخت می شود . این بیمارستانها زیر نظر دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قرار دارند.

### **بیمارستانهای گروه سایر:**

شامل بیمارستانهای خیریه ، تامین اجتماعی ، سپاه ، ارتش و .... . این گروه از تعرفه های بینابینی استفاده می کنند. (نه دولتی و نه خصوصی )

## **روند انجام خدمات درمانی توسط بیمه شده و نحوه ارسال مدارک جهت کارشناسی و پرداخت خسارت:**

**انواع حالت های ممکن برای هزینه های بستری :**

**الف - مراجعه به مرکز درمانی بدون اخذ معرفی نامه ( خسارت متفرقه )**

۱- مراجعه به مرکز غیر طرف قرارداد با شرکت

➤ مرکز با بیمه گر اول قرارداد دارد :

پرداخت مابه التفاوت در سقف هم طراز با مراکز طرف قرارداد انجام می گیرد.

نکته: از کلیه هزینه های آزاد که بیمه گر اول تعهد نداشته ولی در تعهد شرکت می باشد باید فرانشیز کسر گردد

➤ مرکز با بیمه گر اول قرارداد ندارد :

راهنمایی بیمه شده جهت دریافت سهم بیمه گر اول و سپس محاسبه خسارت بر اساس هم طرازی و پرداخت با کسر سهم بیمه گر اول ( در صورت عدم تعهد بیمه گر اول، کسر فرانشیز از هزینه های قابل پرداخت )

۲- مراجعه به مرکز طرف قرارداد با شرکت بدون معرفی نامه :

محاسبه خسارت بر اساس قرارداد با مرکز درمانی و پرداخت فرانشیز خصوصی بستری (یعنی مابه التفاوت خسارت محاسبه شده و سهم بیمه گر اول )

**ب- مراجعه به مرکز طرف قرارداد با اخذ معرفی نامه :**

بیمه شده با دریافت معرفی نامه از اداره صدور و خسارت بیمه های درمان/ شعب و یا باجه ها ، به مراکز درمانی طرف قرارداد جهت انجام خدمات درمانی بیمارستانی مراجعه می نماید. پس از پذیرش بیمار با معرفی نامه توسط مراکز درمانی و ترخیص بیمار ، مرکز درمانی اصل کلیه مدارک درمانی را به همراه نامه ای به آدرس مندرج در معرفی نامه (اداره صدور و خسارت بیمه های درمان/شعبه مربوطه/باجه دارای مجوز پرداخت خسارت) ارسال می نماید.

### **مدارک مورد نیاز جهت دریافت معرفی نامه بستری:**

- ۱- کپی صفحه اول دفترچه بیمار
- ۲- کپی کارت درمانی در صورت صدور یا نامه از طرف بیمه گذار یا نماینده (در صورتیکه بیمه گذار به واسطه نماینده بیمه شده باشد).
- ۳- کپی دستور پزشک معالج

### **نکاتی در خصوص پذیرش اسناد :**

- اسناد ارائه شده بر ۲ گونه اند :
- ۱- اسناد مالی : صورتحساب، فاکتورها (پروتز، دارو و.....)، گواهی حق الزحمه پزشکان معالج (حتماً" بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی)
  - ۲- مستندات تأیید کننده : شرح عمل، ریز دارو و لوازم و .....
- اسناد مالی الزاماً باید اصل باشند .
- نکته :** در مواردیکه بیمه گر اول به صورت خسارت متفرقه سهم خود را پرداخت نماید، پذیرش تصویر برابر اصل شده توسط بیمه گر اول به همراه تصویر چک بلامانع است .
- در خصوص مستندات دریافت کپی برابر اصل بلامانع است .
- حق الزحمه دریافتی توسط پزشکان معالج چنانچه در صورتحساب قید نشده باشد، می بایستی توسط پزشک معالج بصورت مکتوب اعلام شود .

### **مدارک مورد نیاز جهت بررسی اسناد بیمارستانی**

- اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان یا حسابداری ، بدون خدشه (در صورت هرگونه خط خوردگی مجدداً" باید تأیید شود)
- نکته :** در صورت دریافت هزینه از سوی بیمه گر پایه کپی برابر اصل اسناد از سوی سازمان
- اصل ریز داروها ممهور به مهر داروخانه بیمارستان

- اصل قبوض رسید و رونوشت جواب رادیوگرافی، آزمایشگاه، M.R.I، سي تي اسکن، اکو، تست ورزش، سونوگرافی، ماموگرافی، مانیتورینگ، آنژیوگرافی و
- گواهي از پزشك مشاور مبني بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر
- گواهي تعداد جلسات فیزیوتراپی تاریخ آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه .
- در صورت دریافت هزینه از سوي بیمه گر پایه کپی برابر اصل چک دریافتی از سوي سازمان

### **در صورت انجام درمان طبي :**

- ارائه برگه سیر بیماری
- گواهي از پزشك مبني بر تعداد ویزیت صورت گرفته با مهر

### **در صورت عمل جراحي :**

- ارائه برگه شرح عمل جراحي
- اصل گواهي جراح ممهور به مهر پزشك جراح
- اصل گواهي بیهوشی ممهور به مهر پزشك بیهوشی
- اصل گواهي کمک جراح ممهور به مهر پزشك
- اصل ریز داروها و وسایل مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر داروخانه بیمارستان
- گواهي از پزشك مبني بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر

### **در صورت بستري در بیمارستانهاي دولتي :**

- اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان
- اصل ریز کلیه مابه التفاوتها ممهور به مهر بیمارستان

### **نکات مهم در خصوص برخی هزینه ها :**

#### **پرداخت هزینه آمبولانس :**

در موارد زیر قابل پرداخت است :

- ۱- موارد اورژانس و فوریت های پزشکی که منجر به بستری شدن بیمار گردد
- ۲- هزینه آمبولانس جهت انتقال بیمار به مراکز تشخیصی یا درمانی دیگر و برگشت به بیمارستان اولیه ( در طول همان بستری و با دستور پزشک

**معالجه** )، مثلاً " بیمار جهت انجام دیالیز یا MRI به مرکز دیگری اعزام و سپس برگردانده می شود .  
۳- هزینه آمبولانس جهت انتقال بیمار به مرکز درمانی مجهزتر جهت ادامه درمان با دستور پزشک معالج .  
در سایر موارد هزینه آمبولانس در تعهد نمی باشد .

**\*تذکره :** باید توجه شود که از مبلغ دریافت شده **فرانشیز** مقرر در قرارداد بابت تعهدات بستری کسر گردد .  
تذکره : موارد اورژانس حالت‌هایی هستند که اگر بیمار هر چه سریعتر به بیمارستان منتقل نشود منجر به مرگ یا بروز عوارض غیر قابل جبران گردد

### **پرداخت هزینه پروتورها :**

در صورت پرداخت توسط بیمه گر اول مابقی طبق صورتحساب قابل پرداخت است .  
در صورت عدم تعهد بیمه گر اول، هزینه ها پس از کسر فرانشیز تعهدات بستری پرداخت می گردد .

### **مشخصات فاکتور :**

۱- فاکتور باید در سربرگ مخصوص فروشنده که دارای اسم، آدرس دقیق و شماره تماس و شماره مجوز یا کد اقتصادی می باشد .  
۲- فاکتور به نام بیمار باشد .  
۳- مصرف پروتز توسط پزشک معالج مورد تأیید قرار گیرد ، یا دلائل و مستندات کافی مصرف پروتز در شرح عمل جراحی با تشخیص پزشک معتمد باشد .  
۴- حتماً "ممه‌ور به مهر فروشنده باشد .  
**تذکره :** برخی فروشندگان هزینه ای بعنوان هزینه تأمین ست یا ارسال لوازم شارژ می کنند که خارج از تعهد می باشد .

### **پرداخت هزینه شیمی درمانی :**

برای بیمارانی که تحت شیمی درمانی برای بدخیمی ها ، هزینه داروهای تزریقی و هزینه تزریق دارو در بیمارستان یا کلینیک مجهز یا مرکز جراحی محدود قابل پرداخت است .  
داروهای که به شکل تزریقی نمیباشند قابل پرداخت نیست مگر اینکه در قرارداد پرداخت دارو یا داروهای خاص تعهد شده باشد .  
با توجه به اینکه شیمی درمانی باید تحت نظر باشد لذا جزء خدمات Day Care تلقی شده و هزینه ها در سقف بستری در تعهد می باشند.

### **پرداخت هزینه دارو :**

- داروهایی که مصرف زیبایی یا بهداشتی دارند در تعهد نمی باشد .
- داروهای گیاهی در تعهد نمی باشد مگر در قرارداد تعهد شده باشد .
- فیزیوتراپی در بیمارستان فقط یکبار روزانه تعلق می گیرد.

### **نحوه پرداخت هزینه های مربوط به پیوند اعضا طبیعی:**

- پرداخت هزینه های پیوند (عضو پیوندي) با ارائه مدارک ذیل در سقف عمل جراحی / تخصصی و پیوند اعضا قابل پرداخت می باشد،
- ۱- گواهی انجمن حمایت از این بیماران دال بر انجام عمل با ذکر تاریخ
- ۲- اصل یا کپی برابر اصل شرح عمل از بیمارستان مربوطه
- ۳- تصویر کارت انجمن و شناسنامه دهنده کریزه
- ۴- گواهی فرد دهنده دال بر اهدای کلیه و ذکر مبلغ دریافتی با امضاء ، اثر انگشت و ذکر تلفن و آدرس دقیق
- ۵- حتی المقدور تصاویر چک /حواله/یا فیش واریزی در وجه دهنده کلیه
- با عنایت به اصل عدم نفع بیمه ای در صورتیکه عضو پیوندي توسط بیمه شده اصلی به افرادی که از جانب وی تحت پوشش بیمه ای قرار گرفته اند اهدا شده باشد هزینه عضو پیوندي قابل پرداخت نمی باشد.
- در محاسبات عضو پیوندي فرانشیز نیز بر اساس قرارداد بیمه گذار اعمال می گردد.

### **نحوه پرداخت هزینه های خارج از کشور :**

- کلیه هزینه های انجام شده در خارج از کشور با رعایت موارد مندرج در این دستورالعمل و ضوابط معین در بیمه نامه و با تأیید سفارت جمهوری اسلامی در کشور محل انجام هزینه مورد بررسی قرار خواهد گرفت.
- همترازی صورت هزینه های انجام شده در خارج از کشور معادل بالاترین تعرفه مراکز پزشکی طرف قرارداد تهران با درجه ارزشیابی ۱ خصوصی هر کدام که کمتر باشد قابل پرداخت است .بهر صورت مجوز پرداخت می بایست از طریق اداره خسارت بیمه های درمان دریافت شود.
- تذکر :مبنای محاسبه ارزش ریالی ارز هزینه شده در تاریخ وقوع خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده از جانب بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران خواهد بود .

## **بادآوری ۲ :**

### **انواع روشهای استفاده بیمه شده از مراکز :**

#### **۱- مراجعه به مرکز طرف قرارداد با معرفی نامه :**

بیمه شده با دریافت معرفی نامه از اداره صدور و خسارت بیمه های درمان / شعب و یا باجه ها ، به مراکز درمانی طرف قرارداد جهت انجام برخی خدمات درمانی پاراکلینیکی مراجعه می نماید. در صورتی که مرکز طرف قرارداد با بیمه درمانی دیگری (مانند بیمه تامین اجتماعی، خدمات درمانی، بیمه ارتش و ...) باشد هزینه خدمات درمانی پاراکلینیکی بر اساس تعرفه بیمه گر اول محاسبه شده و مابه التفاوت هزینه درمانی پاراکلینیکی انجام شده توسط شرکت بیمه سامان پرداخت خواهد شد و نیازی به پرداخت هیچ گونه هزینه ای از طرف بیمه شده نخواهد بود مشروط بر اینکه سهم بیمه سامان از حداکثر سقف معرفی نامه تجاوز ننماید (که در این صورت مازاد بر سقف تعهدات بر عهده بیمه شده می باشد).

در صورتیکه مرکز درمانی با بیمه گر اول طرف قرارداد نباشد و یا هزینه به هر دلیلی آزاد محاسبه گردد ، بیمه شده بایستی فرانشیز مندرج در معرفینامه را پرداخت نماید، مشروط بر اینکه سهم بیمه سامان از سقف معرفی نامه تجاوز ننماید. در غیر اینصورت علاوه بر فرانشیز مابه التفاوت هزینه های پرداختی بر عهده بیمه شده می باشد. در نهایت اصل سند توسط طرف مرکز قرارداد برای پرداخت به بیمه گر ارسال خواهد شد .

#### **۲- مراجعه به مرکز طرف قرارداد بدون معرفی نامه :**

خسارت بر اساس تعرفه مرکز محاسبه و پرداخت می گردد و مابه التفاوت تعرفه مشمول کسور می گردد .

#### **۳- مراجعه به مرکز غیر طرف قرارداد:**

بیمه شده کلیه هزینه های پاراکلینیکی را پرداخت نموده و اصل کلیه مدارک را از مرکز درمانی دریافت و به بیمه گذار تحویل میدهد. بیمه گذار به صورت مستقیم و یا از طریق نماینده مدارک هزینه های مربوط به بیمه نامه ها را همراه با نامه ای به (اداره صدور و خسارت بیمه های درمان /شعبه مربوطه/باجه دارای مجوز پرداخت خسارت) ارسال می نماید. خسارت بر اساس مراکز هم طراز محاسبه و مازاد تعرفه ها مشمول کسور می گردد . هم طرازی بر اساس دولتی و خصوصی بودن مرکز صورت می گیرد .

- در مرکز خصوصی به شکل آزاد، بر اساس تعرفه استانی پرداخت می شود . اگر دریافتی از تعرفه استانی کمتر باشد با کسر فرانشیز مقرر در قرارداد

پرداخت می شود. ولی اگر دریافتی از تعرفه بالاتر باشد از تعرفه استانی فرانسیز کسر و پرداخت می گردد .

- چنانچه بیمه شده هم زمان از پوشش چند شرکت بیمه استفاده نماید (اعم از پایه یا مکمل) مجموع خسارات پرداختی به وی نباید از ۱۰۰٪ هزینه پرداخت شده توسط وی بیشتر گردد. موارد خارج از تعهد به قوت خود باقی است.

- چگونگی پرداخت خسارت

- به طور کلی روال پرداخت به دو صورت می باشد. روش نخست در حالتی امکانپذیر است که طبق توافقات انجام شده، بیمه گذار با شرکت بیمه، به طور مستقیم در ارتباط است. با توجه به شرایطی که برای این بیمه نامه ذکر شده، معمولاً شرکت بیمه با بیمه شدگان یا همان کارکنان سازمان بیمه گذار، طرف نمی باشد. بلکه معمولاً مکاتبات با امور اداری سازمان و نمایندگان حقوقی بیمه گذار که طرف قرار داد است، انجام می شود. در چنین مواردی بیمه شده می تواند پس از مراجعه به مراکز درمانی، صورتحساب هزینه های پرداختی خود را از طریق سازمان به شرکت بیمه یا نمایندگی های آن اعلام نموده تا پس از بررسی های لازم، هزینه های تحت پوشش محاسبه و پرداخت شود.

- اما در روش دوم که برای رفاه حال بیمه شدگان مخصوصاً در ارتباط با بیمه گذارانی که تعداد زیادی بیمه شده نزد شرکت بیمه دارند، شرکت بیمه گر اقدام به عقد قرارداد با تعدادی از بیمارستانها نموده و فهرست آن را در اختیار بیمه گذار قرار می دهد. هر یک از بیمه شدگان در صورت نیاز می توانند پس از دریافت معرفی نامه از شرکت بیمه، به بیمارستان مذکور مراجعه نمایند. در این حالت بیمارستان های طرف قرارداد موظف خواهند بود با توجه به سقف هزینه های توافق شده که معمولاً در معرفی نامه هم قید می شود، بدون دریافت هزینه از افراد، اقدام به ارائه خدمات درمانی مورد نیاز نمایند. فهرست بیمارستان های طرف قرارداد، معمولاً در وبسایت شرکت بیمه سامان وجود داشته و قابل دسترسی می باشد.

- در این روش بیمه شدگان پس از تعیین بیمارستان، بایستی به همراه دستور پزشک مربوط و همچنین نامه کتبی بیمه گذار (سازمان متبوعشان)، برای دریافت معرفی نامه به شرکت بیمه مراجعه نمایند تا معرفی نامه برای همان شخص و بابت پوشش هزینه درمانی خاصی که مورد نظر است، صادر شود.

- در مواقع اضطراری و روزهای تعطیل یا ساعات غیراداری که امکان هماهنگی با امور اداری شرکت بیمه وجود ندارد، بیمه شدگان می توانند با ارائه کارت درمان گروهی، به مراکز درمانی مراجعه نمایند و روز بعد، اقدامات لازم اداری را به عمل آورند. «کارت درمان گروهی» برای کلیه بیمه شدگان صرفاً به منظور چنین مواردی و همچنین اطلاع رسانی به بیمه شده نسبت به هزینه ای که بابت بیمه درمانی خود پرداخت می کند، صادر می شود که در آن افراد تحت پوشش نیز به طور دقیق قید شده است. نکته قابل ذکر این است که نقش نمایندگی ها در صدور این کارت فقط به عنوان معرف است و امکان صدور کارت مانند صدور بیمه نامه، توسط نمایندگی ها وجود ندارد.

**خلاصه ای از آئین نامه ۷۴**

**تعاریف :**

- **اساس قرارداد:** این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه کتباً به بیمه گذار اعلام شده است جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.
- **بیمه گر:** شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در بیمه نامه درج گردیده است و جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.
- **بیمه گر پایه :** سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه تامین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند. بنابراین بیمه گر های پایه بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه سامان بیمه گر دوم محسوب می شوند.
- **بیمه گذار:** بیمه گذار شخص حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه ذکر گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه می باشد.
- **بیمه شدگان:** کارکنان رسمی، پیمانیا قراردادی بیمه گذار می باشد که به اتفاق کلیه اعضای خانواده خود از طرف بیمه گذار معرفی گردیده اند و حداقل ۵۰٪ آنان می بایست تحت پوشش بیمه قرار گیرند.
- **تبصره ۱:** منظور از اعضای خانواده شامل همسر، فرزندان و افراد تحت تکفل است که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر پایه می باشد.
- **تبصره ۲:** حداقل تعداد بیمه شدگان قرارداد درمان 50 نفر می باشد.
- **موضوع بیمه:** موضوع بیمه جبران آن بخش از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه بیمه شدگان که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.
- **تعریف حادثه:** عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد.
- **تعریف بیماری:** بیماری عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن، طبق تشخیص پزشک.



- **حق بیمه:** وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر پرداخت نماید و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت به موقع حق بیمه تعیین شده در قرارداد می باشد.
- **فرانشیز و کاهش آن:** عبارت است از درصد معینی از هزینه های درمانی مورد تعهد این بیمه نامه، که تامین آن بعهده بیمه گذار یا بیمه شده می باشد. کاهش فرانشیز ، مستلزم افزایش حق بیمه بوده و حداقل میزان فرانشیز معادل ۱۰% خواهد بود.
- لازم به ذکر است در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، فرانشیز مطابق شرایط قرارداد بوده و در غیر اینصورت معادل سهم بیمه گر پایه خواهد بود.
- **دوره انتظار:** مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد. به جز مواردی که بیمه شدگان به صورت متوالی و مستمر، قبلاً تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده باشند. دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان برای گروه های کمتر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و از ۲۵۰ الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه است. گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر مشمول دوره انتظار زایمان نمی باشند.
- \* دوره انتظار جهت بیماری های مزمن ۳ ماه تمام است و موارد آن عبارتست از : کاتاراکت، استرابیسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی قلب باز، نارسایی های مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات ، پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیسترکتومی، سیتوسل، رکتوسل، آنتروسل و خسارت های درمانی ناشی از حوادث مربوط به ادامه معالجاتی که حادثه قبل از تاریخ شروع اولین پوشش بیمه برای بیمه شده اتفاق افتاده باشد.
- **مدت:** مدت این بیمه نامه یکسال شمسی است، تاریخ شروع و انقضاء آن با توافق طرفین در بیمه نامه تعیین می گردد.
- **اضافه نرخ سنی:** حداکثر سن بیمه شده برای گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر ۶۰ سال می باشد و چنانچه در تاریخ شروع قرارداد تعداد بیمه شدگان از هزار نفر کمتر باشد اضافه نرخ های زیر برای بیمه شدگان با بیش از سن ۶۰ سال تمام اعمال خواهد شد:
  - ۶۱ سال الی ۷۰ سال با ۵۰% اضافه نرخ
  - ۷۱ سال به بالا با ۱۰۰% اضافه نرخ
- **تبصره ۲:** در صورتی که سن بیمه شده در تاریخ شروع بیمه نامه کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای با همان حق بیمه تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد داشت.

## الحاقه در طول مدت بيمه نامه :

که شامل تغيير در مفاد بيمه نامه و يا افزايش و کاهش بيمه شدگان جديد از طرف بيمه گذار در طول مدت بيمه نامه بوده و در زمان صدور آن مي بايست نکات ذيل مورد توجه قرار مي گيرد:

۱. افزايش در طول مدت بيمه نامه فقط شامل افراد جديد الاستخدام، تازه متولدين و ازدواج مي باشد که مستلزم کنترل اسامي مي باشد. (افراد جديد الاستخدام با ذکر تاريخ استخدام و حکم کارگزيني اعلام کردند. تازه متولدين با ارائه کپي گواهي ولادت و يا شناسنامه از تاريخ تولد به گروه بيمه شدگان اضافه کردند. ازدواج ها با ارائه کپي صفحه دوم شناسنامه امکان پذير مي باشد.)

**تبصره:** مدت زمان ارائه ليست افراد جديد الاستخدام و ازدواج ها حداکثر ۳۰ روز از تاريخ استخدام يا ازدواج و تازه متولدين حداکثر ۶۰ روز از تاريخ تولد مي باشد. چنانچه اسامي بعد از مدت زمان مذکور اعلام گردد امکان پوشش بيمه اي جهت افراد مذکور وجود ندارد.

۲. کاهش در طول مدت بيمه نامه جهت افراي است که از شرکت مستعفي گرديده اند و يا در طول مدت بيمه نامه فوت کرده اند که مدت زمان اعلام اسامي فوق الذكر حداکثر ۳۰ روز مي باشد.

**تبصره:** در صورتي که افراد تحت پوشش فرد متوفي حق بيمه خود را تا پايان قرارداد پرداخت نمايند تداوم پوشش بيمه اي ايشان تا پايان همان قرارداد، بلامانع است.

## **استثنائات قرارداد:**

هزينه هاي اين موارد از شمول تعهدات بيمه گر خارج است:

۱- اعمال جراحي که به منظور زيبايي انجام ميشود، مگر اينکه ناشي از وقوع حادثه در طي مدت بيمه باشد.

۲- عيوب مادرزادي مگر اينکه طبق تشخيص پزشک معالج و تايد پزشک معتمد بيمه گر، رفع اين عيوب جنبه درماني داشته باشد.

۳- سقط جنين مگر در موارد قانوني با تشخيص پزشک معالج.

۴- ترک اعتياد.

۵- اقدام به خودکشي .

۶- اقدام به اعمال مجرمانه توسط بيمه شده و عوارض ناشي از اقدام به آن.

۷- حوادث طبيعي مانند سيل، زلزله و آتشفشان.

- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۷ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۲- جنون.
- ۱۳- جراحی لته.
- ۱۴- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.
- ۱۵- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۶- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی.
- ۱۷- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینیا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ، کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۱۸- 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.
- ۱۹- کلیه اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب)

بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند .

در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکزی درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود. چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با همان مراکز درمانی پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم طراز محاسبه و پرداخت خواهد شد.

- **حل اختلاف:** در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجراء قرارداد، موضوع حتي الامکان از طريق مذاکرات فيمابين حل و فصل خواهد شد. در غير اينصورت مراتب از طريق راي مراجع قضائي مورد پيگيري مي باشد.

**شرایط فسخ قرارداد:** بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام کند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر (به صورت روز شمار)  
۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید  
۲- هرگاه بیمه‌گذار و یا هر یک از بیمه شدگان سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.  
۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار (به صورت تعرفه کوتاه مدت)  
۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲- در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود  
۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

#### **فصل اول: کلیات**

**ماده ۱- اساس قرارداد:** بیمه‌نامه گروهی مازاد درمان براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک بیمه‌نامه است) تنظیم می شود. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

**ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات:** تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرفنظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

۱. **بیمه‌گر:** شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

۲. **بیمه‌گر پایه:** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمانی پایه‌اند.

۳. **بیمه‌گذار:** شخصی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

۴. **گروه بیمه‌شدگان:** کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان است.

- ۵. موضوع بیمه:** جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.
- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از يك عامل خارجي که بدون قصد و اراده بیمه‌شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.*
- بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.*
- ۶. حق بیمه:** وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده باشد.
- ۷. دوره انتظار:** مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.
- ۸. فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.
- ۹. مدت:** مدت بیمه‌نامه یک سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌شود.

### فصل دوم: هزینه‌های درمانی قابل پرداخت

**ماده ۳- هزینه‌های درمانی قابل پرداخت موضوع این بیمه نامه عبارت است از:**

- الف- پوشش‌های اصلی (پایه):**
۱. جبران هزینه‌های بیمارستانی، درمانی و جراحی طی دوران بستری در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود Day Care
  - تبصره:** اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.
  ۲. هزینه‌های آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی به شرط بستری.
  ۳. هزینه همراه بیماران کمتر از ۷ سال و بیشتر از ۷۰ سال که در بیمارستانها بستری می‌باشند.

**ب) پوشش‌های اضافی:**

**سایر پوشش‌های اضافی توافق شده در قرارداد یا شرایط خصوصی**

### فصل سوم: شرایط

- ماده ۴- اصل حسن نیت:** بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند.
- اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً 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، بیمه‌نامه فسخ خواهد شد.
- تبصره-** چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه‌شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است
- ماده ۵- پرداخت حق بیمه:** بیمه‌گذار باید حق بیمه تعیین‌شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در قرارداد بیمه توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند.
- ماده ۶- استثنائات:** هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

۱. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
  ۲. عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
  ۳. سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
  ۴. ترك اعتیاد.
  ۵. خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده.
  ۶. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
  ۷. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
  ۸. فعل و انفعالات هسته‌ای.
  ۹. هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
  ۱۰. هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
  ۱۱. جنون.
  ۱۲. جراحی لثه.
  ۱۳. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
  ۱۴. جراحی فك مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
  ۱۵. هزینه‌های مربوطه معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
  ۱۶. رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
  ۱۷. کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن ازسوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- تبصره-** موارد استثنای مندرج در بندهای ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۴ این ماده با پرداخت حق بیمه اضافی، قابل بیمه‌شدن است.

**ماده ۷-** بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط 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. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

**تبصره ۱:** در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش

از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در صورت عدم‌دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مذکور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

**تبصره ۲:** بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری‌شدن هریک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

**تبصره ۳:** چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هرکدام از شرکت‌های بیمه مخیر است.

**ماده ۸-** حداکثر سن بیمه‌شده برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق‌بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق‌بیمه اضافی امکان‌پذیر است. در صورتی‌که سن بیمه‌شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

**ماده ۹-** در صورتی‌که بیمه‌شده در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق‌بیمه ادامه خواهد داشت.

**ماده ۱۰-** هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، در این 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 هزینه‌های پرداختی حال حاضر نیز به بیمه‌گر پرداخت نخواهد شد. همچنین حق بیمه‌هایی که از ابتدای قرارداد از بیمه‌شده دریافت شده است به ایشان عودت نمی‌گردد.

**ماده ۱۱-** بیمه‌شدگانی که به علت عدم‌امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم‌احراز هریک از موارد فوق، هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

**تبصره -** میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

**ماده ۱۲-** موارد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تسویه حق‌بیمه: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام کند:

#### **الف) موارد فسخ از طرف بیمه‌گر**

۱. عدم‌پرداخت تمام یا قسمتی از حق‌بیمه و یا اقساط آن در سررسید.
۲. هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی‌که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
۳. ر صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم‌موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق‌بیمه.

#### **ب) موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار**

۱. در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲. در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.

۳. در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

### ج) نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ

۱. در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.

۲. در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه يك ماه تمام منظور خواهد شد)؛ در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

### ماده ۱۲- نحوه فسخ

۱. در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه يك ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌شود.

۲. بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌شود.

**ماده ۱۴-** مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت سی روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

**ماده ۱۵-** هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به‌طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

### فهرست اعمال غیر مجاز در مطب مطابق آیین نامه ۷۴ شورای عالی بیمه عبارت است:

۱. کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲. اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
۳. اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن
۴. اعمال جراحی داخل قفسه صدري، کاتتریسیم قلب و عروق
۵. اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶. اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی
۷. کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸. اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فك و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس‌ها)



۹. بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰. عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم
۱۱. عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و...
۱۲. عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳. بیرون‌آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴. رزکسیون فک
۱۵. رزکسیون کندیل فک
۱۶. رزکسیون زبان
۱۷. عمل جراحی باز در آرچ زایگما
۱۸. جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹. جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی-فکی
۲۰. عمل جراحی روی عصب دندانی-تحتانی
۲۱. بیرون‌آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است. مالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)

## آشنایی اجمالی با بیمه‌نامه درمان‌گروهی یا بیمه درمان تکمیلی

### مقدمه

این بیمه‌نامه، از مهمترین بیمه‌نامه‌های اشخاص می‌باشد. دلیل اطلاق گروهی به این بیمه‌نامه این است که برای تعداد بیش از 50 نفر از کارکنان شرکت‌ها و موسسات صادر می‌شود. به همین دلیل بیمه‌گذاران طرف قرارداد این نوع بیمه‌نامه، بیمه‌گذاران حقوقی (شرکت‌ها سازمان و موسسات) هستند.

### خطرات تحت پوشش

این بیمه‌نامه برای پوشش هزینه‌های درمانی افرادی است که به دلیل بروز بیماری‌های مختلف به بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و یا مراکز پاراکلینیکی مراجعه می‌کنند. در واقع بیمه‌گذاران با پرداخت حق بیمه در دوران سلامت انتظار پوشش هزینه‌های درمانی در دوران بیماری را خواهند داشت.

### بیمه‌گذاران

به طور کلی شرکت‌ها و سازمان‌ها، گروه‌هایی هستند که با استعلام شرایط این بیمه‌نامه، پس از بررسی، در صورت پذیرش حق بیمه و خدمات تعریف شده، تقاضای عقد قرارداد می‌کند. پس از عقد این قرارداد و پرداخت حق بیمه توافق شده است که بیمه‌گر متعهد به پوشش هزینه‌های درمانی گروه‌های مخاطب (در واقع همان کارکنان شرکت‌ها و سازمان‌ها) خواهد بود.

### ویژگی متقاضیان بیمه‌نامه درمان‌گروهی

متقاضیان این بیمه‌نامه باید واجد این شرایط باشند:

- ۱- معرفی تعداد حداقل 50 نفر
  - ۲- کلیه افراد معرفی شده باید دارای بیمه‌گر اول بوده و از طرف این بیمه‌گر، دفترچه درمان داشته باشند.
- بیمه‌گر اول سازمان‌های دولتی هستند که از طرف دولت، خدمات درمانی ارائه می‌نمایند، مانند سازمان تامین اجتماعی یا سازمان خدمات درمانی و یا سازمان خدمات نیروهای مسلح (ارتش).

۳- حداقل ۵۰٪ کارکنان سازمان متقاضی این بیمه‌نامه، خواهان بیمه تکمیلی باشند. دلیل اصلی قرارداد این شرط به فلسفه وجودی بیمه بر می‌گردد؛ اینکه در غیر این صورت فقط کسانی که هزینه درمانی دارند، تقاضای بیمه درمان تکمیلی خواهند کرد که در این حالت، عملاً مفهوم بیمه زیر سوال خواهد رفت. علاوه بر کارکنان سازمان‌ها که می‌توانند طبق شرایط فوق تحت پوشش این بیمه قرار گیرند، افراد تحت تکفل آنها نیز مانند همسر، فرزندان و در صورتی که پدر و مادر تکفل داشته باشند، آنها هم می‌توانند تحت پوشش بیمه‌نامه درمان تکمیلی قرار گیرند.

روال کار به این صورت است که نمایندگی‌های شرکت بیمه، از طریق تکمیل فرم‌های پیشنهادی که در اختیار دارند، به جمع‌آوری اطلاعات لازم از بیمه‌گذار می‌پردازند؛ اطلاعاتی از قبیل تعداد کارکنانی که قرار است برای پوشش بیمه‌ای معرفی شوند، جمع بیمه‌شدگان اصلی، حامیان آنها و همچنین موارد پوششی که مد نظر آنها می‌باشد.

از جمله اطلاعات مورد نیاز که بایستی توسط نمایندگی‌ها، از متقاضیان اخذ شود، مربوط به اینکه آیا سال گذشته بیمه بوده‌اند؟ و اگر پاسخ مثبت است، مشخص شود نزد چه شرکتی؟ همچنین اطلاعات لازم در خصوص عملکرد آنها در سال گذشته باید جمع‌آوری شود. اطلاعاتی مانند اینکه در سال گذشته چه مقدار حق بیمه پرداخت کرده‌اند؟ آیا خسارت هم دریافت داشته‌اند؟ اگر بلی، به چه میزان؟ و یا اینکه به طور کلی سابقه بیمه‌ای افراد به چه صورت است و تاریخ سررسید قراردادشان چیست و چه مدت زمان برای اتمام بیمه‌نامه قبلی، و فرصت عقد قرارداد جدید باقی است؟ دسترسی به این اطلاعات امکان تصمیم‌گیری درست را فراهم می‌نماید.

### شرایط بیمه درمان گروهی

مفاد و شرایط قرارداد از جمله پوشش‌های قابل ارائه از طرف شرکت بیمه، فرانشیز، دوره انتظار و سایر موارد موجود در این بیمه‌نامه هم مانند تمامی بیمه‌نامه‌ها، توسط آیین‌نامه و بخشنامه‌های بیمه مرکزی ایران ابلاغ شده است و شرکت‌های بیمه ملزم به رعایت خط مشی مشخص شده در قبال بیمه‌گذاران می‌باشند که در ادامه به موارد مهم مرتبط با این بیمه‌نامه اشاره می‌شود.

۱- **مدت بیمه‌نامه:** مدت بیمه‌نامه درمان گروهی یا بیمه تکمیلی، یک سال است که کمتر از آن هم امکانپذیر نمی‌باشد. **پوشش‌های قابل ارائه:** پوشش‌های اصلی در بیمه‌نامه درمان تکمیل شامل این موارد است:

الف) هزینه‌های بیمارستانی: شامل کلیه موارد و هزینه‌هایی که اشخاص در مراکز درمانی می‌پردازند (از شکستگی ساده گرفته تا اعمال جراحی سخت)، به جز مواردی که به صورت دقیق در بیمه‌نامه به آنها اشاره شده است یا جز استثنائات قرارداد هستند.

ب) اعمال جراحی خاص: چند عمل جراحی وجود دارد که با توجه به هزینه‌های بالای آنها، از طرف بیمه مرکزی پوشش‌های جداگانه با سقف معینی برای آنها در نظر گرفته شده است و به آنها اعمال جراحی خاص اطلاق می‌شود؛ مانند عمل قلب باز که بسیار با یک عمل جراحی متداول مانند آپاندیسیت متفاوت است و به همین خاطر برای پوشش چنین مواردی، حق بیمه بیشتری هم از بیمه‌گذاران مطالبه می‌شود.

ج) زایمان: پوشش بسیار معروفی است که مختص قشر بانوان است.

د) پوشش پاراکلینیکی: این پوشش خود به دو دسته تقسیم می‌شود:

دسته اول مربوط به بررسی‌های هائی است که به درخواست پزشک برای تشخیص و اظهار نظر در خصوص بیماری تجویز و انجام می‌شود؛ مانند سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن و MRI.

دسته دوم هم شامل برخی اعمال تشخیصی معین است که در بیمه‌نامه ذکر می‌شود، مانند تست ورزش.

ه) اعمال جراحی سرپایی: شامل مواردی نظیر شکستگی‌ها، بخیه، ختنه، که نیاز به بستری شدن افراد در مراکز درمانی نیست. البته برخی از چنین مواردی جز استثنائات است که از شمول تعهدات بیمه درمان تکمیلی خارج می‌باشد که در بخش استثنائات به آنها اشاره خواهد شد.

لازم به ذکر است، مواردی از اعمال جراحی سرپایی وجود دارد که به طرز غیر قانونی و غیر مجاز در مطب برخی پزشکان انجام می‌شود، در حالیکه باید در مراکز درمانی بزرگتر ضمن بستری شدن بیمار انجام شود.

و) هزینه درمان عیوب انکساری چشم که در سال‌های اخیر نیز شایع شده است. در این خصوص هزینه لیزیک با این شرط که نمره چشم از ۳ بیشتر باشد، تا سقفی که در بیمه‌نامه قید شده تحت پوشش خواهد بود.

ز) شرط آمبولانس داخل و خارج شهر: شرط پوشش این هزینه‌ها استفاده از آمبولانس برای انتقال بیمار جهت بستری شدن می‌باشد و صرف انتقال بیمار از محل تا مراکز درمانی نمی‌تواند توجیه کننده استفاده از این پوشش باشد.

نکته قابل ذکر این است که امکان کاهش فرانشیز بیمه‌نامه درمان وجود دارد. این کاهش صرفاً برای سه بند نخست تا میزان حداقل ۱۰٪ می‌باشد.

### **دوره انتظار و نحوه عملکرد آن**

به طور کلی بحث دوره انتظار در مورد بخشی از بیماری‌ها به منظور جلوگیری از سوء استفاده در پرداخت هزینه‌هایی که ممکن است پس از عقد قرار داد برای بیمه‌گر پیش بیاید، مطرح می‌شود که در واقع نوع از استثنائات است که در صورتیکه زمان آن طی نشده باشد، در یک دوره زمانی مشخص، بخشی از هزینه‌ها و بیماری‌ها را از بیمه درمانی استثناء می‌کند.

به عنوان مثال در خصوص هزینه‌های زایمان، برای گروه‌های کمتر از ۲۵۰ نفر، ۹ ماه دوره انتظار وجود دارد؛ یعنی پس از عقد قرارداد، بیمه‌شدگان تا ۹ ماه حق استفاده از پوشش زایمان را نخواهند داشت. دوره انتظار زایمان در خصوص گروه‌های ۲۵۰ تا ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه می‌باشد و گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر دوره انتظار زایمان ندارند. این محدودیت صرفاً به این دلیل است که بیمه‌شده با آگاهی از اینکه مثلاً چند ماه آینده هزینه‌ای برای درمان دارد، تقاضای بیمه‌نامه درمانی نکند.

در خصوص برخی از بیماری‌ها مانند عمل قلب باز، عمل لوزه و مواردی از اعمال خاص که در بیمه‌نامه به آنها اشاره شده است، برای گروه‌های کمتر یا بیشتر از ۱۰۰۰ نفر، دوره انتظار سه ماه است. معمولاً بیمه‌گذاران اصرار بر تمدید بیمه‌نامه دقیقاً از همان تاریخ انقضاء را دارند. دلیل این امر تمایل آنها برای ادامه بیمه‌نامه به طور پیوسته با شرکت بیمه‌گر می‌باشد. نکته قابل ذکر این است که چنانچه بیمه شده‌ها، نزد یکی از بیمه‌گرها، دوره انتظار را طی کرده باشند، دیگر نیازی به گذراندن دوره انتظار، نزد شرکت بیمه‌گر جدید نخواهد بود. در چنین مواردی، در پاسخ استعلامی که از شرکت بیمه‌گر قبلی می‌شود، تعداد بیمه‌شدگان و وضعیت سپری شدن دوره انتظار آنها مشخص خواهد شد.

### **استثنائات**

به طور کلی قرارداد درمان تکمیلی دو نوع استثناء دارد:

نوع اول آن که به صورت عمومی و کلی است، و در سایر بیمه‌نامه‌ها هم اعمال می‌شود؛ مانند رخداد سیل، زلزله، رانش زمین، یا جنگ، شورش، بلوا یا فعل و انفعالات هسته‌ای، چنانچه هزینه درمان بابت چنین مواردی متحمل شده باشند، تحت پوشش بیمه‌نامه درمان تکمیلی نخواهد بود.

نوع دوم استثنائاتی است که مخصوص همین بیمه‌نامه بوده و با توجه به آن، برخی از هزینه‌ها به طور کلی از بیمه‌نامه مستثنی می‌شود؛ مانند هزینه‌های چک‌آپ و اعمال جراحی زیبایی که شرکت بیمه‌گر هیچ تعهدی در قبال پوشش آنها نخواهد داشت.

## چگونگی پرداخت خسارت

به طور کلی روال پرداخت به دو صورت می‌باشد. روش نخست در حالتی امکانپذیر است که طبق توافقات انجام شده، بیمه‌گذار با شرکت بیمه، به طور مستقیم در ارتباط است. با توجه به شرایطی که برای این بیمه‌نامه ذکر شده، معمولاً شرکت بیمه با بیمه‌شدگان یا همان کارکنان سازمان بیمه‌گذار، طرف نمی‌باشد. بلکه معمولاً مکاتبات با امور اداری سازمان و نمایندگان حقوقی بیمه‌گذار که طرف قرار داد است، انجام می‌شود. در چنین مواردی بیمه شده می‌تواند پس از مراجعه به مراکز درمانی، صورتحساب هزینه‌های پرداختی خود را از طریق سازمان به شرکت بیمه یا نمایندگی‌های آن اعلام نموده تا پس از بررسی‌های لازم، هزینه‌های تحت پوشش محاسبه و پرداخت شود.

اما در روش دوم که برای رفاه حال بیمه‌شدگان مخصوصاً در ارتباط با بیمه‌گذارانی که تعداد زیادی بیمه‌شده نزد شرکت بیمه دارند، شرکت بیمه‌گر اقدام به عقد قرارداد با تعدادی از بیمارستانها نموده و فهرست آن را در اختیار بیمه‌گذار قرار می‌دهد. هر یک از بیمه‌شدگان در صورت نیاز می‌توانند پس از دریافت معرفی‌نامه از شرکت بیمه، به بیمارستان مذکور مراجعه نمایند. در این حالت بیمارستان‌های طرف قرارداد موظف خواهند بود با توجه به سقف هزینه‌های توافق شده که معمولاً در معرفی‌نامه هم قید می‌شود، بدون دریافت هزینه از افراد، اقدام به ارائه خدمات درمانی مورد نیاز نمایند. فهرست بیمارستان‌های طرف قرارداد، معمولاً در وبسایت شرکت بیمه سامان وجود داشته و قابل دسترسی می‌باشد.

در این روش بیمه‌شدگان پس از تعیین بیمارستان، بایستی به همراه دستور پزشک مربوط و همچنین نامه کتبی بیمه‌گذار (سازمان متبوعشان)، برای دریافت معرفی‌نامه به شرکت بیمه مراجعه نمایند تا معرفی‌نامه برای همان شخص و بابت پوشش هزینه درمانی خاصی که موردنظر است، صادر شود. در مواقع اضطراری و روزهای تعطیل یا ساعات غیراداری که امکان هماهنگی با امور اداری شرکت بیمه وجود ندارد، بیمه‌شدگان می‌توانند با ارائه کارت درمان گروهی، به مراکز درمانی مراجعه نمایند و روز بعد، اقدامات لازم اداری را به عمل آورند. «کارت درمان گروهی» برای کلیه بیمه‌شدگان صرفاً به منظور چنین مواردی و همچنین اطلاع‌رسانی به بیمه شده نسبت به هزینه‌ای که بابت بیمه درمانی خود پرداخت می‌کند، صادر می‌شود که در آن افراد تحت پوشش نیز به طور دقیق قید شده است. نکته قابل ذکر این است که نقش نمایندگی‌ها در صدور این کارت فقط به عنوان معرف است و امکان صدور کارت مانند صدور بیمه‌نامه، توسط نمایندگی‌ها وجود ندارد.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.