

بخش اول - (شرایط خصوصی)

ماده ۱) - حق بیمه

حق بیمه ماهانه هریک از کارکنان و افراد تحت پوشش به مبلغ ۶۲۵۰۰۰/- ریال تعیین می گردد.

بدين ترتيب حق بیمه صادره یکساله با الحاقیه تعیین می گردد .

ماده ۲) - روش پرداخت حق بیمه

روش پرداخت حق بیمه صادره به صورت یکجا می باشد لکن به علت کسر از حقوق بیمه شدگان مقرر گردید حق بیمه تعیین شده در ماده ۱ بخش خصوصی بیمه نامه ، توسط بیمه گزار طی ۱۲ قسط مساوی و متوالی در سررسیدهای ۱۴۰۱/۱۲/۲۵ لغایت ۱۴۰۲/۱/۲۵ در وجه شرکت بیمه دانا به شماره حساب ۰۰۴۶۰۱۹۳۱۶ .بعدها بانک ملت پرداخت و رسید آنرا به بیمه گر تسلیم نماید.

ماده ۳) - دوره انتظار

دوره انتظار برای تعهد زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) ۹ ماه و در خصوص بیماریهای مزمن (موضوع بند ۷-۷ ماده ۷ از بخش شرایط خصوصی) ۳ ماه می باشد.

ماده ۴) - مدت بیمه نامه

مدت این بیمه نامه یکسال کامل شمسی است که از صفر بامداد مورخ ۱۴۰۱/۱۲/۲۵ شروع و در ساعت صفر بامداد مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۲۵ خاتمه می یابد.

بیمه گر در اداء انجام تعهدات بیمه گزار، متعهد است هزینه تشخیصی - درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط ذیل جبران نماید .

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر	سقف تعهد	تعهد برای		فرانشیز
			نفر	خانواده	
۱	اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (DAY CARE) بیشتر از ۶ ساعت بستری (و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات و شیمی درمانی، رادیوتراپی، گمانایف - و همچنین بستری جهت درمان طبی در بیمارستان درمان طبی انواع سرطانها و بیماری مبتلا به ام اس و بیماری خاص (تامین دارو - تزریقی و کلیه تجهیزات اعم از بیمارستان بستری مشروط به اینکه هزینه های فوق مربوط به بیمارستان باشد) هزینه های بستری بیماران اعصاب و روان بااستثنا اسکیزوفرنی و جنون بیماریهایی که بیمه شده از آن خود آگاهی ندارد. مشاوره و روان درمانی و خدمات اوزانسی کلیه هزینه هایی که جنبه درمانی داشته و توسط وزارت بهداشت و درمان دارای کد می باشد قابل پرداخت می باشد.	بدون سقف	*		۱۰
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گمانایف، پیوند کلیه، پیوندکبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز کلیه هزینه هایی که جنبه درمانی داشته و توسط وزارت بهداشت و درمان دارای کد می باشد قابل پرداخت می باشد.	بدون سقف	*		۱۰
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	بدون سقف	*		۱۰
۴	نازایی (zift - gift - iui - ivf) و میکرواینجکشن و ناباروری	۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰	*		۱۰
۵	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری - استرس اکو - FNA - تست آمینوستز - انواع خدمات تصویربرداری به همراه داروی مصرفی - انواع خدمات توانبخشی و باز توانی - لیزر پروتوان - جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل: انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکر، EECF، تیلت تست) خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) - فتوگرافی، تمپانومتري - بیوفیدیک - سیستوگرام، تست یورودینامیک - لیزر درمانی، تزریق داخل مفاصل، آوزون تراپی، اکسیژن تراپی	۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰	*	*	۱۰
۶	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک) جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل: فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT) پی آر پی کلیه هزینه هایی که جنبه درمانی داشته و توسط وزارت بهداشت و درمان دارای کد می باشد قابل پرداخت می باشد	۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰	*		۱۰
۷	سمعک بشرط تجویز پزشک متخصص گوش	۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰	*		۱۰
۸	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری (بازکردن)، ختنه، بخیه و کشیدن، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد) - تزریقات و پانسمان و سرم تراپی - شستشوی گوش - برداشتن انواع خال - پاپ اسمیر	۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰	*		۱۰
۹	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد (جمع کل دو چشم)	۱۸۰.۰۰۰.۰۰۰	*		۱۰

۱۰		*	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	جبران هزینه های ویزیت سرپایی	
۱۰		*	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	دارو (ایرانی - خارجی - مکمل - گیاهی) بشرط تجویز پزشک متخصص	۱۰
۱۰		*	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	جبران هزینه های سرپایی و بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (حداکثر استفاده ۳ نفر از اعضای خانواده از سهم یکدیگر)	۱۱
۱۰		*	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	۱۲
۱۰		*	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	اروتر بشرط تجویز پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر	۱۳
۱۰		*	۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰	تشخیص بیماری و ناهنجاری جنین	۱۴
۱۰		*	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	۱۵
۱۰		*	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	داخل شهری بین شهری	

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

۵-۲) هزینه های دندان پزشکی براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که سالیانه توسط مراجع ذیصلاح قانونی ابلاغ می گردد.
۵-۳) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج جبران می گردد.

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

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

ماده ۶ - وظایف بیمه گزار و بیمه شده

۶-۱) بیمه گزار می بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد (منظور زمان امضاء و تایید قرارداد) لیست اسامی و مشخصات نهائی بیمه شدگان را مطابق با لیست بیمه گر پایه به صورت یکجا و بطور خوانا و بدون قلم خوردگی که حاوی اطلاعاتی از جمله: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز / ماه / سال، شماره حساب بیمه شده اصلی شماره شبا، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، جنسیت، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تامین اجتماعی و یا سایر بیمه گران پایه باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه لوح فشرده حاوی اطلاعات مذکور) و پس از مهر و امضاء به انضمام نامه رسمی با ذکر تعداد بیمه شدگان اصلی و تحت تکفل و غیر تحت تکفل جهت بیمه گر صرفا طی یک مرحله با درج شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی به بیمه گر تسلیم نماید، شایان ذکر است پس از انقضاء مهلت مقرر، برقراری پوشش جهت افرادی که از سوی بیمه گزار تحت عناوینی از جمله از قلم افتاده اعلام می گردد قابل بررسی و انجام نمی باشد.

۶-۲) اعلام تغییرات ناشی از افزایش بیمه شدگان، صرفا شامل افراد جدید الاستخدام، انتقالی، مامورین به همراه خانواده شان، فرزندان که در طول قرارداد بدنیا می آیند (با رعایت بند ۶-۶) و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد ازدواج می نمایند و همچنین افرادی که در طول



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

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

۱۳-۶) در صورت تغییر مالیات و عوارض بر ارزش افزوده طبق رای مراجع ذیصلاح قانونی ، بیمه گزار موظف به اقدام بر طبق رای صادره می باشد.
۱۴-۶) چنانچه موارد ذکر شده در قرارداد و یا ملحقاتیکه بعداً و در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظر بیمه گزار طبق تقاضا مطابقت نداشته باشد بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت ، تصحیح آنها را تقاضا نماید ، در غیر اینصورت مراتب تأیید شده تلقی خواهد شد.
۱۵-۶) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد ، در صورت نیاز ، حق بررسی لیست اسامی بیمه شدگان ، اسناد درمانی و حق بیمه و ارزیابی در ارتباط با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ می باشد و بیمه گزار موظف است در این زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.

ماده ۷ - سایر شرایط قرارداد

۱-۷) جبران هزینه های درمانی مربوط به حادثه تصادف با وسائط نقلیه صرفاً در صورتیکه بیمه شده مقصر حادثه بوده باشد با ارائه گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و رعایت سایر مفاد صورت خواهد پذیرفت.

۲-۷) فرزندان ذکور مجرد و والدین غیر تحت تکفل کارکنان شاغل (مونت و مذکر) با پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً در ابتدای قرارداد و با شرایط پیش بینی شده در این قرارداد ، میتوانند تحت پوشش قرار گیرند .

۳-۷) کلیه کارکنان شاغل مونت می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه اضافی و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند .

۴-۷) فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل حداکثر تا سن ۲۲ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند . (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام و در مورد دانشجویان مقطع دکترا حداکثر تا سن ۲۶ سال تمام) و فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل به شرط عدم اشتغال حداکثر تا سن ۳۰ سال تمام با پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً در ابتدای قرارداد می توانند تحت پوشش قرار گیرند .

۵-۷) چنانچه سقف سنی بیمه شدگان در طول مدت قرارداد کامل گردد تعهد بیمه گر مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد بقوت خود باقیست .

۶-۷) بیماریهای مزمن از قبیل : فتق ، لوزه و گواتر ، انواع سل ، صرع ، پروستات ، دیسک ستون فقرات ، بیماریهای نئوپلاستیک ، پولیپ ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن ، کیست تخمدان ، هیستریکتومی ، سیستوسل و رکتوسل ، نارسائی مزمن کلیه ، سنگ کلیه و کیسه صفرا ، ماستوئیدکتومی ، کاناراکت ، امراض مزمن قلبی ، عروقی دیابت ، (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی یو آی سی یو بشود) می باشد .



ستاد مرکزی: خیابان گاندی جنوبی، خیابان یازدهم، پلاک ۲ | کوچه ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ | که اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹ | ارتباط با مشتری: ۸۲۴۶۸ (۰۲۱)

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

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

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

ماده ۶ - خسارت ارزیابی شده: مبلغی است که پس از بررسی اسناد و اعمال شرایط بیمه نامه و هم چنین اعمال تعرفه های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین میگردد.

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

ماده ۸- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین شده و نامین آن به عهده بیمه‌گذار یا بیمه‌شده می‌باشد.

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

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

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

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

۱-۱۰) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه گر باشد و یا بلافاصله بعد از انقضاء نزد بیمه گر دیگر در این شرکت متعقد شود، بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموقع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل، مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

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

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

ماده ۱۲ - بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گریا از طریق سامانه سپاد از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده مینمایند صورتحساب براساس قرارداد فیما بین با مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی قرار میگیرد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقما" و بدون اخذ معرفی نامه به مراکز طرف

بیمه دانا و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند ، می بایست تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گر پایه رسیده باشد را به ضمیمه تصویر اسناد دریافتی معتبر با سند فیش واریزی مربوطه و تصویر دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) به همراه درخواست کتبی بیمه گزار و یا کارت درمانی معتبر بیمه دانا جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نمایند.

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

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

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

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

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

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

ماده ۱۵ - اصل حسن نیت : بیمه‌گذار و بیمه شده مکلفند 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 عمدأ و یا سهواً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمدأ و سهواً برخلاف واقع مطلبی

بیمه‌گذار اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد بیمه‌گر

حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقاء کند یا آن را فسخ نماید.

تبصره: هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً و یا سهواً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، 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 حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر، نیز مسترد نخواهد شد.

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

ماده ۱۷ - ارجاع به داوری: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند.

داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می‌کنند هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

ماده ۱۸ - استثنائات: هزینه‌های درمانی موارد زیر و یا ناشی از موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

۱ - 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 حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۳ - سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج

۴ - جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.

۵ - حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشفشان.

۶ - فعل و انفعالات هسته‌ای

۷ - لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر

۸ - جنون و بیماری‌های سایکوتیک در صورت عدم پوشش هزینه‌های بستری بیماری‌های روان پریش

۹ - جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد

۱۰ - ترک اعتیاد.

۱۱ - هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر

۱۳- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.

۱۵- هزینه‌های مربوط به رفع معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

۱۷- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

۱۸- هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی (تحت عنوان پروتزهای خارج از بدن)

۱۹- بیماری‌های فراگیر (اپیدمی)

۲۰- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

۲۱- هزینه های مربوط به اعمال جراحی غیر مجاز در مطب (بشرح پیوست یک بیمه نامه)

۲۲- هزینه نگهداری بیماران روان پریش

ماده ۱۹ - شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق آئین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بسمه شرح ذیل می باشد.

الف) موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.

۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوء نیت 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 بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گزار با افزایش حق بیمه .

ب) موارد فسخ از طرف بیمه گزار:

۱- در صورتیکه خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲- انتقال پور تفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل .

۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گزار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

(ج) نحوه فسخ :

۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گزار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گزار فسخ شده تلقی می گردد.

۲- بیمه گزار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر ، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است ، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

(د) نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :



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

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

پیمہ گزار

صندوق قرض الحسنه شاهد

مدير عامل

بھرام رحیمی نژاد

اسلام کریمی

بیوست یک : فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

۱	القای بیهوشی عمومی یا بیهوشی نخاعی (به استثناء آرام بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارائه خدمت مورد تایید وزارت بهداشت)
۲	انجام الکتروشوک درمانی (ECT)
۳	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (من جمله انواع فتق ها)
۴	هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد.
۵	هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوانهای بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و جراحی های مجاز بر روی استخوان فکین از طریق برشهای مخاطی "
۶	جراحیهای ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ، جراحی های ترمیم کلیه تاندونها (به جز تاندونهای اکستانسور پشت دست Hand و روی پا Foot)
۷	جراحی سندرم تونل کارپال
۸	وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز (منجمله پروتز سینه) در هر جای بدن
۹	تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر
۱۰	ابدومینوپلاستی ، براکیوپلاستی ، ماموپلاستی
۱۱	تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سرینی و سینه
۱۲	اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی منجمله لیزر
۱۳	اعمال جراحی بر روی کره چشم منجمله کراس لینک (به استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تپ اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک)
۱۴	اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به استثناء شالازیون)
۱۵	هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسم لازم باشد .
۱۶	بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد، و طحال
۱۷	اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی
۱۸	تزریق هر گونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون
۱۹	جراحی پرنیورافی
۲۰	ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل
۲۱	هر نوع زایمان
۲۲	هر نوع سقط جنین
۲۳	اعمال جراحی که مستلزم بازکردن قفسه صدری است .
۲۴	برونکوسکوپي ، لارنگوسکوپي مستقیم ، لاپاراسکوپي و هیستروسکوپي (به استثناء OFFICE HYSTEROSCOPY)
۲۵	کلیه اعمال جراحی روی استخوان های فک و صورت که نیازمند انسزیون های پوستی باشد .
۲۶	اعمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیون های پوستی است .

۲۷	جراحی روی سپتوم بینی و توربینیت ها
۲۸	هر نوع رینوپلاستی یا سپتوپلاستی به جزء اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفا بر روی بافت نرم Alae NASi
۲۹	اعمال جراحی روی سینوسهای پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیون های خارج دهانی دارد
۳۰	ترمیم اولیه شکاف لب و کام
۳۱	اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین می برد.
۳۲	رزکسیون ویوپسی ضایعات عروقی
۳۳	هر نوع رزکسیون زبان
۳۴	فلپ های پوستی بیش از ۵x۵ سانتی متر و کلیه فلپهای عضلانی ناحیه صورت
۳۵	برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی متر باشد.
۳۶	جراحی های شکستگی فکین و صورت که جهت جا اندازی یا فیکسایون نیازمند دسترسی باز باشد.
۳۷	اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام های مجاور دهان می شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهای مجاور دارد.
۳۸	اعمال جراحی بازسازی استخوان های فک و صورت که نیازمند تهیه گرافت از منابع خارج دهانی است.
۳۹	انواع استئوتومی لفورت اعم از تونال یا سگمنتال که Base فک بالا را در بر می گیرد.
۴۰	انواع استئوتومی های فک تحتانی جهت اعمال ارتوگناتیک
۴۱	اعمال جراحی های ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی
۴۲	انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد.
۴۳	انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد.
۴۴	ترمیم پارگی و laceration های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد.
۴۵	نصب دیستراکتور خارج دهانی
۴۶	برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر



پیوست ۲

مستندات و مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفی نامه و دریافت خسارتهای مستقیم (متفرقه) حسب تعهدات بخش خصوصی
قرارداد

مقدمه : چنانچه خدمتی در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه توافق نگردیده باشد ، مدارک و مستندات مورد نیاز اعلامی در بند ۱ تا ۱۲ به شرح ذیل تعهدی را جهت ارائه خدمات متوجه بیمه گر نخواهد نمود .

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

فرایند کاری این سامانه به گونه ای برنامه ریزی شده که بیمه شده می تواند در تمام ساعات شبانه روز و ایام هفته در سراسر کشور، کلیه مراحل اجرائی از تایید برگه ی بستری ، احراز هویت تا صدور معرفی نامه را به صورت آنلاین و فقط ظرف چند دقیقه با ارائه کارت ملی و گواهی پزشک انجام داده و دیگر نیازی به مراجعه حضوری بیمه شده به شرکت بیمه گر نمی باشد.

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

- کارت ملی

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

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

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

۳-۱- جراحی های انحراف بینی (سپتوپلاستی)

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

۳-۳- ماموپلاستی کاهنده

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

۳-۵- بلغاروپلاستی یا افتادگی پلک



۳-۷- فتق (هرنی) شکمی

۳-۸-۱ ارتودنسی

۳-۹- ژنیکوماستی

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

۱-۴ اصل یا تصویر (با رعایت تبصره ۱ ذیل بند ۱۰-۴) صورتحسابهای بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان که در آن هزینه تخت روز، (هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، و لوازم مصرفی، و تشکیل پرونده درج گردیده است.

۲-۴ اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان مهور به مهر بیمارستان که در آن حق العمل جراح، کمک جراح، بیهوشی، مشاوره و ویزیت درج گردیده است.

۳-۴ اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی).

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

۵-۴ اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل.

۶-۴ اصل یا تصدیق، نه یا قبض، آزمائشات، رادیولوژی و

۷-۶ اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممه‌ور به مهر جراح، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتز)

۸-۴ اصل یا تصویر برگه سر شماری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.

۹-۴ در صورت انجام رادیوتراپی اصل یا تصویر صورتحساب مرکز ممه‌ور به مهر پزشک معالج و به همراه کارت درمان که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها.

- تبصره ۱: تصاویر برابر اصل شده مدارك ذكر شده در بند ۲-۴ الى ۱۰-۴ قسمت الف صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمانها از جمله تصویر چك برابر اصل شده یا فیش واریزی آن سازمان معتبر می باشد. در غیر این صورت باید اصل مدارك دریافت گردد. (در خصوص ریز دارو، آزمایش، گزارشها و.... دریافت تصویر بلامانع است).
- تبصره ۲: اصل صورتحسابها یا تصاویر آن می بایست بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و...) باشد و در صورت وجود اینگونه موارد می بایست توسط حسابداری بیمارستان یا مراکز انجام دهنده خدمات تصحیح و ممهور به مهر و امضا گردد.

۱۰-۱۴، ارائه گزارش ادیومتری بابت حراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی

۱۱-۱۴ ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال .

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

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

نایت گارد : ارائه فوتوگرافی پس از درمان

پروتزها و پارسیل ها : ۱- مراکز طرف قرارداد : معاینه بیمار قبل از درمان و معاینه یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان ۲-
خسارت متفرقه : معاینه بیمار پس از درمان

درمان ریشه : رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت

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

جراحی های لته: گرافی قبل از درمان

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

۸) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه ویزیت (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

۱-۸-درج مبلغ ویزیت درج شده در سر نسخه پزشک ممهور به مهر پزشک ، تاریخ و نام بیمار

۲-۸- در صورت استفاده از دفترچه درج مبلغ ویزیت و امضا و مهر پزشک در پشت نسخه دفترچه الزامی است.

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

۹-۱- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات فیزیوتراپی

۹-۲- دست، بزرگ متخصص معالاج (جراح، تود و یا متخصص مغز و اعصاب) با ذکر تعداد جلسات و ناحیه مورد

فیزیوتراپی. (در صورت عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک)

۹-۳- تأیید انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی که توسط فیزیوتراپیست امضاء و مهرش به مهر گردیده است.

تصوه: پرداخت هزینه فیزیوتراپی برای هر ناحیه تا ۱۰ جلسه قابل پرداخت می‌باشد. پرداخت هزینه

فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه و یک ناحیه به بالا میبایست قبل از اقدام به انجام فیزیوتراپی با همراه داشتن

مدارک مشته (به شرح فوق) به تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه دانا رسانده و پس از تأیید ایشان مورد

محاسبه و در وجه بیمه شده پرداخت گردد.

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

۱۰-۱- اکسینون ضایعات و لیوم: گواهی پزشک معالج منبی بر اندازه، محل ضایعه و کی جواب پاتولوژی ارائه گردد.

۱۰-۲- بخیه: اندازه، میزان و با عمق یارگی، محل آناتومیکی دقیق آن و با تعداد بخیه های انجام شده با تأیید پزشک

معالج

۱۰-۳- شکستگی و گچ گیری: گرافی مربوطه، نوع شکستگی، محل شکستگی و نوع گچ گیری توسط پزشک معالج گواهی گردد. هزینه وسائل مصرفی، گچ، ویبریل و باند بر اساس فاکتور خرید معتبر قابل پرداخت میباشد.

۱۰-۴- کرایو و لیزر : تعداد ضایعه ، محل آنها و نوع آنها توسط پزشک گواهی گردد ، مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و کیی گزارش ارسال گردد.

۱۰-۵- تخلیه کیست یا درناژ : اندازه ، محل آناتومیکی و در صورت زیاد بودن تعداد آن و در صورت احتمال ارسال به بافتولوژی کیبی جواب آن ارسال گردد.

(۱۱) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه سمعی (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

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

۱۱-۲- نوارگوش و ادبومتری (ارائه شنوایی سنجی با کاهش حداقل ۳۰ دسی بل در شنوایی ضروری است)

۱۱-۳- فاکتور معتبر از مرکز وارد کننده سمعک که مشخصات آن با کارت گارانتی سمعک هم خوانی داشته باشد، جهت هزینه سمعک بر اساس دستورالعمل الزامات عمومی فاکتور و پیش فاکتور تجهیزات پزشکی، اداره کلی تجهیزات پزشکی می باشد.

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

(۱۲) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت اسناد دارویی (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

نسخه پزشک (در صورتی که دارو آزاد باشد و در دفترچه نوشته شده باشد ارائه برگه دفترچه ممنوع به مهر پزشک دارای تاریخ و مهر داروخانه به همراه پرینت ریز دارو که در آن دارو و قیمت به تفکیک قید گردیده ، الزامی است در صورت استفاده از سهم بیمه پایه برگه دوم دفترچه حاوی اطلاعات قیمت دارویی به تفکیک هر قلم و مهر داروخانه الزامی است .)

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

تبصره ۱: در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز استفاده کننده از سامانه نسخ الکترونیک، نحوه دریافت هزینه ویزیت به شکل زیر می باشد.



نوع هزینه	مراجع درمانی	مدارک مورد نیاز
ویزیت	پزشکانی که به صورت غیر الکترونیکی در سرنسخه پذیرش می کنند	ارائه اصل گواهی پزشکی مبنی بر دریافت مبلغ حق الزحمه ویزیت (تاریخ، کد ملی، مهر و امضا پزشک)
	پزشکانی که به صورت الکترونیکی پذیرش می کنند	ارائه اصل گواهی پزشکی مبنی بر دریافت مبلغ حق الزحمه ویزیت (تاریخ، کد ملی، مهر و امضا پزشک) همراه با درج کد رهگیری یا شناسه دریافتی از سامانه

نوع هزینه	مراجع درمانی	مدارک مورد نیاز
دارو و سایر خدمات پاراکلینیک	موارد مشمول ثبت الکترونیکی توسط پزشک و مراجع سرپایی (پزشک و مرکز از سامانه الکترونیکی استفاده نمایند)	اصل فاکتور مرجع (داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری و ...) و ارائه ریز مبالغ دارویی و سایر خدمات به همراه کد ملی یا کد رهگیری، مبلغ کل، سهم سازمان و سهم بیمار ممهور به مهر داروخانه یا مرکز (اصل یا تصویر جواب خدمات تشخیصی طبق سنوات قبل)
	موارد مشمول ثبت غیر الکترونیک پزشک و ثبت الکترونیک مراجع سرپایی	در صورتی که مرکز طرف قرارداد با بیمه گر پایه باشد تصویر نسخه تجویز شده پزشک معالج در سرنسخه (تاریخ، کد ملی، مهر و امضا پزشک) و اصل فاکتور مرجع (داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری و ...) و ارائه ریز مبالغ دارویی و سایر خدمات به همراه مبلغ کل و سهم سازمان و سهم بیمار) ممهور به مهر داروخانه یا مرکز (اصل یا تصویر جواب خدمات تشخیصی طبق سنوات قبل)
	موارد مشمول ثبت غیر الکترونیک پزشک و	در صورتی که مرکز طرف قرارداد با بیمه گر پایه نباشد اصل نسخه تجویز شده پزشک معالج در سرنسخه

