



## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

### ماده (۱) تعاریف:

- ۱-۱- شناور: شناور یعنی سقف تعهدات، ضربدر تعداد نفرات تحت پوشش (بیمه شده) که کل نفرات بیمه شده خانواده و یا یک فرد یا چند فرد از خانواده می تواند از مبلغ کل تعهدات استفاده نمایند.
- ۱-۲- فرانشیز: فرانشیز سهمی از مبلغ خسارت است که پرداخت آن به عهده خود بیمار می باشد.
- ۱-۳- تعرفه: بر طبق قانون، شورای عالی بیمه (با همکاری وزارت بهداشت و سازمانهای بیمه گر) و بر اساس ۳ معیارهزینه های پرسنلی، لوازم مصرفی و آب و برق و گاز و ... نرخ تمام شده برای هر خدمت درمانی را محاسبه کرده و پس از تأیید اعضا، با امضای مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی به هیئت دولت ارائه و پس از تصویب، اعلام می گردد.
- ۱-۴- فارماکوپه: فارماکوپه کتابی است که تحت نظارت و سرپرستی دولت و جامعه داروسازی یا پزشکی و نهادهای مرتبط در هر کشوری منتشر می گردد که مشتمل بر اطلاعات دارویی، موارد مصرف، عوارض جانبی، دستورالعمل یا فرمولاسیون ساخت، استانداردهای لازم برای تولید داروها، چگونگی نگهداری و ... می باشد.
- ۱-۵- کتاب CPT: کتاب ارزش گذاری نسبی خدمات درمانی که معیارها، فرمول و نحوه محاسبه خدمات درمانی سرپایی و بستری در آن ذکر می گردد.
- ۱-۶- بیماران خاص و صعبالعلاج: شامل MS، تالاسمی ماژور، هموفیلی، نارسائی مزمن کلیه، بیماران دیالیزی، انواع پیوندها، کانسر، پارکینسون، هپاتیت B، اوتیسم، بیماری سایکوتیک منجر به بستری، آلزایمر، بیماریهای نادر، اتوایمون (لوپوس و ...)، CP، صرع، بهجت، ALS، CF، دیابت.
- ۱-۷- جراحی DAY CARE: به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.
- ۱-۸- والدین تحت تکفل: کسانی هستند که از طرف بیمه شده اصلی دفترچه بیمه دریافت نموده و کد کارگاهی آنان با بیمه شده اصلی یکسان می باشد.
- ۱-۹- والدین غیر تحت تکفل: کسانی هستند که از طرف بیمه شده اصلی دفترچه بیمه دریافت نموده و کد کارگاهی آنان با بیمه شده اصلی یکسان نمی باشد.

### ماده (۲) شرایط بیمه شدگان:

- ۲-۱- کلیه کارکنان راه آهن\* و نیروهای قراردادهای تجمیعی\*\* به همراه اعضای خانواده، در صورت تمایل و ارائه درخواست، تحت پوشش می باشند.
- \* کارکنان راه آهن: کلیه کارکنان به عنوان بیمه شده اصلی با نوع استخدامی رسمی، روزمزد، ثابت شرکتی، پیمانی، قرارداد کار مشخص، کارگری موقت و ساعتی تمام وقت.
- \*\* کارکنان قراردادهای تجمیعی: کارکنان شرکت های سایمان صنعت کیا، پویا نوین سبز، آبادگران بارثاوانعیم و مهار فن آوران.

### ۲-۲- اعضای خانواده عبارتند از:

- الف) همسر یا همسران دائم، فرزندان مجرد با شرایط زیر، والدین تحت تکفل و غیر تحت تکفل یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.
  - ب) فرزندان ذکور مجرد (سالم و معلول) حداکثر تا سن ۲۷ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار و عدم ازدواج تا زمان انجام خدمت سربازی یا ارائه گواهی اشتغال به تحصیل یا معافیت تحصیلی یا دارا بودن معافیت دائم یا دارا بودن کارت پایان خدمت تحت پوشش می باشند.
  - پ) فرزندان ذکور معلول ذهنی و جسمی بیش از ۲۷ سال، بدون محدودیت سنی و با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح قضایی مبنی بر کفالت بیمه شده اصلی، تحت پوشش خواهند بود.
  - ت) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.
  - ث) فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع یا ازدواج مجدد از تاریخ ثبت طلاق بشرط عدم اشتغال بکار، تحت پوشش می باشند.
- تبصره ۱:** والدین تحت تکفل و غیر تحت تکفل و همچنین همسر و فرزندان کارکنان مونث می توانند همانند شرایط کارکنان مذکور تحت پوشش قرار گیرند و از تعهدات بیمه گر استفاده نمایند.

### ماده (۳) شرایط افزایش و کاهش پوشش بیمه ای در طول مدت قرارداد:

- ۳-۱- کارکنان راه آهن:
- ۳-۱-۱- افزایش پوشش بیمه ای بیمه شدگان شامل: جدید الاستخدام، انتقالی و مامورین از تاریخ اجرای حکم، نوزادان از بدو تولد، همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد، ازدواج می نمایند از تاریخ عقد و افرادی که در اثنای قرارداد بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت از تاریخ کفالت می باشد. به شرط





## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

۴-۲-۴ - بازماندگان متوفی و افرادی که در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می شوند و همکارانی که قبل از شروع قرارداد در مرخصی بدون حقوق به سر می برند و یا در طول مدت قرارداد درمان به مرخصی بدون حقوق می روند به همراه اعضای تحت تکفل به شرط پرداخت حق بیمه کامل (سهم راه آهن و همکار) بر اساس جدول زیر و واریز آن به شماره حساب ذکر شده در بند ۳-۲-۳ و الزام ارسال حکم بازنشستگی یا از کارافتادگی به همراه ارائه اصل فیش واریزی در مرکز و مناطق از طریق شرکت مربوطه به شرکت همراه اندیشان فرتاک، به قوت خود باقی خواهد بود.

ردیف	حق بیمه پرداختی به ریال	تعداد اقساط
۱	کمتر از پنج میلیون	۱
۲	بین پنج میلیون الی ده میلیون	۲
۳	بین ده میلیون الی بیست میلیون	۳
۴	بیش از بیست میلیون	۴

تبصره ۴: بدیهی است این اداره کل و ادارات رفاه مناطق در خصوص افرادی که تا مهلت مقرر مراجعه ننموده و مواردی که در لیست بیمه شدگان از قلم افتاده است؛ هیچگونه مسئولیتی نخواهد داشت.

### ماده ۴) تعهدات بیمه گر:

۴-۱- هزینه های ویزیت تا سقف ۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال (شناور):

۴-۱-۱- ویزیت های قابل پرداخت: پزشکی و دندانپزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص، روانپزشکان، ماما، اپتومتریست، ادیومتریست و مشاوران روانشناس و تغذیه. در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه (دفترچه بیمه) بدون کسر فرانشیز و در صورت مراجعه آزاد طبق تعرفه بخش خصوصی و بدون فرانشیز قابل پرداخت است.  
۴-۱-۲- مدارک لازم:

- الف - قبض ویزیت در مطب دارای مهر و امضای پزشک معالج و در مراکز درمانی (بیمارستان، درمانگاه و...) دارای مهر و امضای پذیرش یا حسابداری باشد.
- ب- تاریخ ویزیت مخدوش و نامعلوم نباشد.
- پ- کلیه مشخصات فردی باید کامل، خوانا و فاقد خط خوردگی باشد.
- ت- دو رنگ و دو خط نباشد.

۴-۲- هزینه های دارو تا سقف ۴.۰۰۰.۰۰۰ ریال (شناور):

انواع داروهای ایرانی با ۱۰٪ فرانشیز و خارجی با ۲۰٪ فرانشیز طبق تجویز پزشک معالج و با شرایط زیر قابل پرداخت می باشد:

الف - قیمت داروهای ذکر شده توسط داروخانه با رعایت تعرفه های مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باشد.

ب- تجویز داروهایی که بیمارستانی است، فقط به شرط مهور بودن به مهر پزشک متخصص حاضر در بیمارستان و مهر بیمارستان قابل بررسی است.

پ- حداکثر تعداد دارو جهت هر بیمه شده که در تعهد می باشد طبق دوز اعلامی پزشک معالج تا تاریخ انقضاء قرارداد محاسبه و پرداخت می گردد. (به طور مثال دارو جهت بیمار به میزان یک عدد در روز تجویز شده است و حداکثر میزان تایید تعداد دارو معادل یک عدد در روز و به تعداد روزهای باقی مانده تا تاریخ انقضاء قرارداد می باشد).

ت- در صورت استفاده از سهم بیمه پایه، سهم مازاد بر بیمه گر پایه بدون کسر فرانشیز پرداخت می گردد.

ث- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه، سهم بیمه گر پایه از مبلغ کل کسر می گردد.

ج- چنانچه بیمه شده از سهم بیمه پایه استفاده نموده ولی برخی اقلام دارویی، آزاد خریداری شده باشد؛ قلم های آزاد دارویی به شرطی که جنبه درمانی داشته باشد طبق بند "ث" (مازاد سهم بیمه گر پایه) پرداخت می گردد.

چ- در خصوص هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی داشته باشند و پزشک متخصص معالج، ضرورت مصرف داروهای خارجی را که مشابه داخلی دارند را گواهی نموده و پزشک معتمد بیمه گر نیز لزوم مصرف و میزان آن را تایید نماید؛ معادل مبلغ ایرانی و مابه التفاوت قیمت داروی ایرانی و خارجی با کسر ۲۰٪ فرانشیز، قابل پرداخت می باشد.



## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

ح- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند، در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تایید ضرورت مصرف از سوی پزشک معتمد بیمه گر و براساس هزینه انجام شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه ۱۳ آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای)، پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز، قابل پرداخت است.

خ- داروهای پوست و مو پس از تفکیک موارد درمانی از زیبایی، در صورت درج تشخیص نوع بیماری بر روی نسخه و محرز شدن درمانی بودن نوع دارو و پس از تایید پزشک معتمد بیمه، قابل پرداخت خواهد بود.

ر- داروهای گیاهی که به صورت یکی از اشکال دارویی تهیه شده و دارای پروانه ساخت و تایید شده توسط وزارت بهداشت بوده، به شرط تهیه از داروخانه ها قابل پرداخت می‌باشد.

ز- نسخ دارویی تجویز شده توسط زیدنت یا دستیار، در صورت وجود مهر مراکز آموزشی و بیمارستانی مربوطه، به منزله پزشک متخصص تلقی می‌گردد. در غیر این صورت به عنوان پزشک عمومی، قابل بررسی است.

س- داروهای تخصصی صرفاً در صورت تجویز توسط متخصص یا فوق تخصص مربوطه قابل پرداخت می‌باشد؛ در غیر اینصورت غیر قابل پرداخت است.

ش- داروهای ویتامینه و مکمل، صرفاً باید جنبه درمانی داشته باشد و حتماً باید توسط پزشک متخصص، تجویز شده باشد.

ص- داروهای پوکی استخوان، با ارائه تصویر جواب دانسیتومتری و محرز شدن پوکی استخوان بالای ۳۸٪ قابل پرداخت می‌باشد.

ض- داروی آرتروز، با تجویز پزشک متخصص ارتوپد یا مغز و اعصاب یا روماتولوژی با ارائه گواهی پزشک معالج و مدارک مثبت پزشکی قابل پرداخت می‌باشد.

۴-۲-۱- هزینه داروی اختلالات هورمونی تا سن ۱۷ سال تمام، تا سقف ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال:

برای هر نفر صرفاً با تجویز پزشک فوق تخصص غدد و متابولیسم و ارائه تصویر جواب آزمایش‌های هورمونی، طبق تعرفه و هر ۲۸ روز یکبار. (در صورت تجویز داروی خارجی، ملاک پرداخت معادل داروی ایرانی با کسر سهم بیمه پایه و مابه‌التفاوت مبلغ ایرانی و خارجی با کسر ۲۰٪ فرانشیز می‌باشد). ضمناً داروهای بلوغ زودرس نیز در تعهدات بند فوق می‌باشد.

۴-۲-۲- هزینه داروی پلاویکس و اسویکس برای هر نفر تا سقف ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال:

الف- داروی پلاویکس و اسویکس با تجویز فوق تخصص و یا متخصص قلب و عروق با ارائه گزارش آنژیوگرافی قلبی و در صورت تجویز پزشک مغز و اعصاب یا داخلی با ارائه گزارش سی تی اسکن یا آنژیوگرافی مغزی.

ب- داروهای پلاویکس و اسویکس به مدت یک سال پس از تاریخ عمل جراحی قابل پرداخت است.

پ- داروی اسویکس از سال دوم بعد از جراحی یا آنژیوگرافی با ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت است.

۴-۲-۳- هزینه داروی آرتتریت روماتوئید و آسم تا سقف ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال:

الف- داروی آرتتریت روماتوئید، صرفاً با تجویز فوق تخصص روماتولوژی و با ارائه کپی جواب آزمایشات (RF) قابل پرداخت است.

ب- داروی آسم، صرفاً با تجویز متخصص یا فوق تخصص ریه و با ارائه کپی جواب اسپرومتری قابل پرداخت است.

تبصره ۵ - پرداخت هزینه داروهای که توسط وزارت بهداشت و درمان، سازمان غذا و دارو و بیمه مرکزی خارج از فارماکوپه اعلام شده اند، قابل پرداخت نبوده، مگر اینکه توسط پزشک معتمد بیمه بررسی و تایید گردد. مبلغ فرانشیز نیز پس از بررسی مشخص و اعمال می‌گردد.

۴-۲-۴- مدارک لازم:

الف - ارائه پرینت دارویی مهور به مهر داروخانه به خصوص برای مبالغ بیش از ۱۰۰۰.۰۰۰ ریال الزامی است.

ب- ارائه اصل نسخه دفترچه بیمه (برگه اول، در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه)، برگ دوم یا سوم دفترچه بیمه (در صورت استفاده از سهم بیمه پایه) مهور به مهر داروخانه و مهر و امضای پزشک معالج الزامی است.

پ- کلیه مشخصات فردی باید کامل، خوانا و فاقد خط خوردگی باشد.

ت- داروهای تجویز شده، تاریخ و قیمت آن، خوانا و فاقد خط خوردگی باشد و دو رنگ، دو خط، مخدوش و نامعلوم نباشد. تعداد و نوع داروها کاملاً دقیق ذکر شود.

ث- نسخ دارویی بیماران خاص صرفاً باید توسط متخصص یا فوق تخصص مرتبط با بیماری تجویز گردد.

ج - مبالغ پرداختی برای هر دارو باید به تفکیک توسط داروخانه بر روی نسخه دارویی قید و جمع کل ریالی نسخه صحیح درج شده باشد.

۴-۳- هزینه‌های پاراکلینیکی تا سقف ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر و با شرایط زیر:

۴-۳-۱- انواع هزینه‌های پاراکلینیکی مانند: آزمایش (تشخیص طبی، آسیب‌شناسی، میکروبی‌شناسی، ژنتیک پزشکی)، سونوگرافی، سونوگرافی سه بعدی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی‌تی‌اسکن، اکواسکن، مانومتري، فیزیوتراپی، لیزرتراپی، مگنت‌تراپی، دانسیتومتری، انواع آندوسکوپي، MRI، سی‌تی‌آنژیوگرافی، گامانایف، هستیروسالپنگوگرافی، انواع اکو، هولتر مانیتورینگ، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، الکتروکاردیوگرافی (EKG)، نوار مغز (EEG)، شلازیون، پنتاکم، پیس‌میکر، فریز، انواع پانسمان، تزریقات، سرم‌تراپی، تست ورزش، تست و آزمایش غربالگری NT، تست و درمان آلرژی، تست آمینوستز و ژنتیکی (جهت تشخیص



## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

ناهنجاری جنین)، تست پاپ اسمیر، تست تیلت، تست خواب، تست UBT، توپوگرافی، پاکیمتری، اسپرومتری، بادی باکس، تست متاکولین، تست عملکرد ریه، IVP، شکستگی و دررفتگی و گچ گیری و باز کردن گچ، فلوروسکوپی، رادیوایزوتوپ، نوار چشم (EOG - ERG)، رادیوگرافی، CBCT، OPG، پاتولوژی، پریمتری، ادیومتری، شستشوی گوش، نوار گوش، نوار مئانه، اپتومتری، آنژیوگرافی چشم، OCT چشم، IOLM MASTER چشم، لیزر درمانی چشم و ناخنک چشم، ختنه، بخیه، کشیدن بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، کشیدن ناخن، تخلیه یا برداشت کیست و آبسه، کایروپراکتیک، نقشه مغزی (Brain Mapping)، آتل گذاری، تزریق IVIG، سوختگی، کوتر، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش و بینی، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، گل مژه، تست ارودینامیک، اکسیژن تراپی، الکترومیوگرافی مئانه، انواع رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، کرایوتراپی، برداشتن خال، زگیل، میخچه، ساکشن گوش، در آوردن جسم خارجی از بدن نظیر دست و پا، تزیینات داخل ضایعه، هزینه سوند، دارو و دستمزد تزریق داخل مفصل، هزینه اورژانس کمتر از ۶ ساعت، دستگاه تست قند خون و سایر متعلقات مربوطه، نوار تست قند خون، کفی طبی یا کفش طبی، فوتوگرافی.

۴-۳-۲- کلیه هزینه ها با اعمال تعرفه و در صورت استفاده از دفترچه بیمه بدون کسر فرانشیز و نسخ آزاد با فرانشیز ۱۰٪ قابل پرداخت می باشد.

۴-۳-۳- هزینه های فوق با ارائه دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج، اصل فاکتور ممهور به مهر مرکز درمانی یا پزشک معالج و تصویر گزارش ارایه شده قابل پرداخت می باشد.

۴-۳-۴- مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد.

۴-۳-۵- هزینه مربوط به آزمایشات تخصصی، سونوگرافی و ماموگرافی با تجویز پزشک عمومی، صرفاً یک بار در طول قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۴-۳-۶- هزینه سونوگرافی در مطب که توسط متخصص زنان و زایمان انجام شده باشد در صورت ارائه گزارش کتبی سونوگرافی و پرینت مربوطه قابل پرداخت می باشد.

۴-۳-۷- هر بیمه شده صرفاً یک بار در طول قرارداد مجاز به استفاده از کفی یا کفش طبی می باشد.

۴-۳-۸- هزینه کفی طبی تا سقف ۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال و کفش طبی تا سقف ۴.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر با فرانشیز ۲۰٪ صرفاً با تجویز متخصص ارتوپد یا جراح مغز و اعصاب و ارائه اسکن کف پا و سایر مدارک مثبت و خرید از مراکز ارتوپدی فنی دارای مجوز وزارت بهداشت و با سربرگ مرکز ارتوپدی و با تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه قابل پرداخت است.

۴-۳-۹- دستگاه تست قند خون صرفاً جهت بیماران دیابتی وابسته به انسولین تا سقف ۵۰۰.۰۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد.

۴-۳-۱۰- نوار تست قند خون ماهانه تا سقف ۷۰۰.۰۰۰ ریال برای بیماران دیابتی وابسته به انسولین و ۳۵۰.۰۰۰ ریال برای بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین قابل پرداخت می باشد.

۴-۳-۱۱- شناسائی و درمان روان شناختی (QEEG، نوروفیدبک و بیوفیدبک ...) تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال با ۱۰٪ فرانشیز و اعمال تعرفه قابل پرداخت است.

۴-۳-۱۲- سایر مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های سرپایی:

- اکسیژن ضایعات و لیپوم: گواهی پزشک مبنی بر اندازه، محل ضایعه و تصویر جواب پاتولوژی.
- بخیه: گواهی پزشک معالج مبنی بر اندازه، میزان و عمق پارگی، محل آناتومیکی دقیق آن و تعداد بخیه های انجام شده.
- شکستگی و گچ گیری: گرافی مربوطه، گواهی پزشک مبنی بر نوع شکستگی، محل شکستگی و نوع گچ گیری. فاکتور هزینه وسایل مصرفی، گچ، ویریل و باند.
- کرایو و لیزر: گواهی پزشک مبنی بر تعداد ضایعه، محل آنها و نوع آن ها، در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و تصویر گزارش مربوطه.
- تخلیه کیست یا درناژ: گواهی پزشک مبنی بر اندازه، محل آناتومیکی و در صورت زیاد بودن تعداد یا احتمال ارسال به پاتولوژی، تصویر جواب آن.
- برداشتن خال: ارائه تصویر جواب پاتولوژی
- دارو و دستمزد تزریق داخل مفصل: صرفاً با تجویز متخصص ارتوپد، جراح مغز و اعصاب، روماتولوژی و جراح عمومی و ارائه رادیوگرافی یا اسکن یا دیگر مدارک تشخیصی بیماری. (پرداخت حق الزحمه تزریق طبق کتاب CPT محاسبه می گردد).

۴-۳-۱۳- هزینه اورژانس کمتر از ۶ ساعت، با ارائه صورتحساب اورژانس ممهور به مهر مرکز درمانی و پزشک معالج و تصویر برگه شرح حال، قابل پرداخت است.

۴-۳-۱۴- هزینه فیزیوتراپی: صرفاً با تجویز متخصصین ارتوپد، روماتولوژی، جراح یا داخلی مغز و اعصاب و جراح عمومی، گواهی انجام آن حداکثر تا دو عضو (در صورتی که بیشتر از دو عضو انجام شود فاکتورها باید به تفکیک عضوها صادر گردد) و در صورتی که تعداد جلسات آن بیشتر از ۱۰ جلسه باشد ارائه اسکن یا MRI و در صورت عمل جراحی ارائه تصویر برگ شرح عمل ضروری است.

۴-۳-۱۵- دستگاه تست قند خون و سایر متعلقات مربوطه: شامل سوزن، سرسوزن، سرنگ و پد الکلی (صرفاً جهت بیماران وابسته به انسولین) پرداخت می شود.



## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

۳-۴-۱۶- فوتوگرافی : صرفاً جهت هزینه ارتودنسی با ارائه نسخه پزشک و فاکتور عکس و همچنین تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است.

۳-۴-۱۷- هزینه های تزریقات و سرم تراپی : پانسمان در مطب و درمانگاه با ارائه گواهی پزشک در مطب و گواهی و یا رسید قبض با مهر و امضای درمانگاه یا مرکز درمانی قابل پرداخت است.

۳-۴-۱۸- روش های پرداخت هزینه های پاراکلینیکی:

الف- اخذ معرفی نامه:

بیمه شدگان به منظور استفاده از مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد با بیمه گر، می توانند جهت دریافت معرفی نامه با ارائه مدارک زیر در مرکز به نمایندگان بیمه گر مستقر در اداره کل امور رفاهی و سلامت و ساختمان مرکزی و در مناطق به نماینده مستقر یا نمایندگی معرفی شده از سوی شرکت بیمه گر مراجعه نمایند:

۱- ارائه کد ملی شاغل و بیمار.

۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر ضرورت بر انجام کار.

ب- خود هزینه:

بیمه شده، هزینه های مربوطه را که در مراکز پاراکلینیکی انجام می دهد باید شخصاً پرداخت نموده و حداکثر تا مدت شش ماه پس از تاریخ فاکتور و حداکثر دو ماه پس از اتمام قرارداد با در دست داشتن مدارک زیر در مرکز به نمایندگان بیمه گر مستقر در اداره کل امور رفاهی و سلامت و ساختمان مرکزی و در مناطق به نماینده مستقر در اداره کل یا نمایندگی معرفی شده از سوی شرکت بیمه گر مراجعه نمایند:

۱- تکمیل فرم خوداظهاری

۲- ارائه کد ملی شاغل و بیمار

۳- اصل فاکتور ممهور به مهر و امضای پزشک معالج در مطب و یا مرکز درمانی.

۴- گواهی پزشک معالج مبنی بر ضرورت انجام کار.

۵- تصویر جواب هزینه انجام شده نظیر: سونوگرافی، ماموگرافی، اکو، اسکن و سی تی اسکن و ام آر آی و...

۴-۴-۱- هزینه های گفتار درمانی و کاردرمانی برای هر نفر تا سقف ۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال (به جز بیماران خاص):

۴-۴-۱-۱- هزینه های فوق الذکر به تعداد ۲۰ جلسه (حداکثر هفته ای ۲ جلسه) با ارائه دستور پزشک متخصص معالج، با ذکر نوع بیماری، علت انجام درمان، مدت درمان و با اعمال ۱۰٪ فرانشیز و تعرفه قابل پرداخت است.

۴-۴-۲- هزینه های بیش از ۲۰ جلسه، نیاز به گواهی مجدد پزشک معالج مبنی بر ضرورت ادامه درمان می باشد.

۴-۵-۰- هزینه های بیمارستانی بدون سقف برای هر نفر بیمه شده:

۴-۵-۱- شرایط پرداخت هزینه های بستری:

۴-۵-۱-۱- هزینه های بیمارستانی با اعمال تعرفه و ۲۰٪ فرانشیز در مراکز خصوصی و بدون کسر فرانشیز در مراکز دولتی قابل پرداخت است. (هزینه های خارج از تعهد به عهده بیمار می باشد).

۴-۵-۱-۲- در صورت عدم درج حق العمل جراح در صورت حساب بیمارستان طرف قرارداد بیمه گر (مربوط به آن دسته از پزشکانی که در بیمارستانهای طرف قرارداد مشغول به کار هستند و به صورت آزاد بیماران را مورد جراحی قرار می دهند)، حق الزحمه جراح در سربرجک پزشک معالج و طبق تعرفه جراحی بر اساس کتاب CPT و تعرفه بخش خصوصی قابل پرداخت می باشد.

۴-۵-۱-۳- جبران هزینه های بستری مربوط به اعصاب و روان نیز همانند تعهدات بیمارستانی قابل پرداخت است.

۴-۵-۱-۴- بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور، با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند، در صورت تایید صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی توسط سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و پس از ترجمه رسمی تخصصی پزشکی، پس از اعمال بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه گر در همان شهر به استثناء (همراه، اتاق خصوصی و ...) محاسبه و قابل پرداخت است.

۴-۵-۱-۵- میزان خسارت مشخص شده بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان، محاسبه خواهد شد.

۴-۵-۱-۶- هزینه آمبولانس (داخل شهری) تا سقف ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر در موارد اورژانس و مراجعه به مراکز درمانی که منجر به بستری می گردد یا انتقال بیمار، مابین بیمارستان ها که باید منجر به بستری گردد و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تایید بیمارستان مبدا و نیز انتقال بیمار پس از ترخیص از بیمارستان به منزل،



## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

با تجویز پزشک متخصص معالج و با ذکر علت و با فرانشیز ۲۰٪ قابل پرداخت می باشد.

۴-۵-۱-۷- هزینه آمبولانس (بین شهری) تا سقف ۴۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد، با تایید بیمارستان مبدا و پزشک متخصص معالج یا تایید پزشک معتمد بیمه گر، هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی که منجر به بستری شود، با فرانشیز ۲۰٪ قابل پرداخت می باشد.

۴-۵-۱-۸- در موارد اورژانس منجر به بستری بیمار در بیمارستان، دریافت و ارائه معرفی نامه به بیمارستان طرف قرارداد در اسرع وقت الزامی است. در غیر این صورت جهت پرداخت هزینه ها باید ابتدا اصل مدارک به بیمه پایه ارائه و سپس تصویر مدارک و تصویر رسید پرداختی بیمه پایه، جهت پرداخت مابه التفاوت هزینه، طبق مفاد قرارداد، بر اساس اصل همترازی، درجه بندی بیمارستانهای طرف قرارداد، طبق تعرفه و کتاب CPT صورت می پذیرد و هزینه های خارج از تعهد پرداختی بر عهده بیمه شده خواهد بود.

۴-۵-۱-۹- هزینه های اعلامی قابل پرداخت، فقط شامل هزینه های مشمول تعهدات شرکت بیمه گر طبق قرارداد منعقد و قوانین بیمه مرکزی بوده و هزینه های غیر قابل پرداخت اعم از لوازم بهداشتی، فرانشیز، همراه (مآزاد مفاد قرارداد)، غذای رژیم، مابه التفاوت حق العمل پزشک و مابه التفاوت اصل همترازی و غیره را شامل نمی شود.  
۴-۵-۱-۱۰- هزینه های درمانی که در تعهد شرکت بیمه گر می باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تامین اجتماعی و سایر شرکتها و سازمانهای بیمه ای، نباید از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر، مآزاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکتها مذکور در این بند طبق مفاد قرارداد می باشد.

### ۴-۵-۲- روش های پرداخت هزینه های بیمارستانی:

الف- اخذ معرفی نامه جهت بستری در بیمارستانها و مرکز درمانی طرف قرارداد با بیمه گر:

بیمه شدگان به منظور بستری در بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه گر، می توانند با ارائه مدارک زیر در مرکز به نمایندگان بیمه گر مستقر در اداره کل امور رفاهی و سلامت و ساختمان مرکزی و در مناطق به نماینده مستقر در اداره کل یا نمایندگی معرفی شده از سوی شرکت بیمه گر مراجعه نمایند:

۱- ارائه کد ملی بیمه شده اصلی و بیمار

۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و علت بستری

**تبصره ۶:** در صورت عدم وجود قرارداد بیمارستانها و مراکز درمانی با بیمه پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و سایر بیمه های پایه) و طرف قرارداد شرکت بیمه گر، بیمه شدگان موظفند حداکثر ۴ ماه پس از تاریخ ترخیص بیمار از بیمارستان نسبت به مراجعه به شرکت بیمه و دریافت پرونده درمانی و سپس مراجعه به بیمه پایه جهت دریافت سهم فرانشیز خود اقدام نمایند.

### ب- استفاده از بیمارستانها و مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر (خود هزینه):

۱- در صورت استفاده از بیمارستانها و مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر و طرف قرارداد با بیمه پایه (مراکز دولتی)، بیمه شدگان باید هزینه های درمانی را شخصاً پرداخت نموده و حداکثر تا مدت ۳ ماه پس از تاریخ صورتحساب و حداکثر ۲ ماه پس از اتمام قرارداد، با در دست داشتن اصل مدارک بیمارستانی به شرح زیر، در مرکز به نمایندگان بیمه گر مستقر در اداره کل امور رفاهی و سلامت و ساختمان مرکزی و در مناطق به نماینده مستقر در اداره کل یا نمایندگی معرفی شده از سوی شرکت بیمه گر مراجعه نمایند:

✓ تکمیل فرم خوداظهاری

✓ ارائه کد ملی شاغل و بیمار

✓ گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و علت بستری.

✓ در صورت انجام اعمال جراحی، ارائه اصل صورتحساب، تصویر شرح عمل و شرح حال و خلاصه پرونده، ریز دارو، آزمایش، لوازم مصرفی و کلیه اعمال انجام شده حین بستری.

✓ در صورت بستری عادی و درمان طبی، ارائه اصل صورتحساب، تصویر شرح حال و خلاصه پرونده، ریز دارو، آزمایش، لوازم مصرفی و کلیه اعمال انجام شده حین بستری.

۲- در صورت استفاده از بیمارستانها و مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر و بیمه پایه، بیمه شدگان باید هزینه های درمانی را شخصاً پرداخت نموده و سپس نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی یا تامین اجتماعی یا سایر بیمه های پایه، اقدام و حداکثر ظرف مدت ۶ ماه پس از تاریخ صورتحساب و حداکثر ۲ ماه پس از اتمام قرارداد، با در دست داشتن تصویر برابر اصل مدارک بیمارستانی و تصویر چک دریافتی یا رسید صادره از سازمانهای فوق الذکر، در مرکز به نمایندگان بیمه گر مستقر در اداره کل امور رفاهی و سلامت و ساختمان مرکزی و در مناطق به نماینده مستقر در اداره کل یا نمایندگی معرفی شده از سوی شرکت بیمه گر مراجعه نمایند:



## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

**تبصره ۶:** در صورت عدم مراجعه به بیمه پایه، هزینه‌های مربوطه مشمول کسر ۳۰٪ فرانشیز خواهد شد.

**تبصره ۷:** هزینه‌های زیر باید قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد:

سپتوپلاستی (انحراف بینی، ارائه سی تی اسکن قبل از عمل الزامی است)، لیزیک، لازک، استرایسم (انحراف چشم)، افتادگی پلک (بلفاروپلاستی)، انواع فتق شکمی، انواع جراحی‌های لاغری (اسلیوگاسترکتومی، بای‌پس و ...) و کلیه مواردی که **توأمأً جنبه درمانی و زیبایی** داشته باشند.

### ۴-۶- هزینه همراه تا سقف ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر:

۴-۶-۱- هزینه همراه، زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال برای هر نفر، با ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت است.

۴-۶-۲- هزینه همراه، بین ۷ سال تا ۷۰ سال برای هر نفر، صرفاً با درخواست پزشک معالج و در صورت تایید پزشک معتمد بیمه‌گر با ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

### ۴-۷- هزینه زایمان تا سقف ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال:

۴-۷-۱- هزینه‌های زایمان طبیعی، زودرس، سزارین و کورتاژ تشخیصی، درمانی و تخلیه‌ای، با اعمال تعرفه و ۲۰٪ فرانشیز.

۴-۷-۲- برای انجام و دریافت هزینه انواع کورتاژ، ارائه گزارش سونوگرافی قبل از عمل الزامی است.

### ۴-۸- هزینه‌های خدمات دندانپزشکی تا سقف ۱۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال به صورت شناور:

۴-۸-۱- کلیه هزینه‌های خدمات دندانپزشکی عمومی و تخصصی و ترمیمی، ایمپلنت و ارتودنسی و ... حداکثر تا ۱/۵ برابر تعرفه سندیکای دندانپزشکی بیمه‌گران به جز موارد زیبایی قابل پرداخت می‌باشد.

۴-۸-۲- کلیه هزینه‌های دندانپزشکی مربوط به مراکز غیر طرف قرارداد با اعمال ۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت است.

۴-۸-۳- در صورت مراجعه به مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد، معرفی نامه بدون فرانشیز صادر خواهد شد.

۴-۸-۴- برای کلیه موارد دندانپزشکی طبق بندهای زیر ارائه عکس OPG قبل و بعد در زمان قرارداد (۹۸/۳/۱ لغایت ۹۹/۲/۳۱) الزامی است.

۴-۸-۵- پرداخت هزینه دست دندان منوط به ارائه عکس فوتوگرافی (دوربین عکاسی یا تلفن همراه) تمام رخ با وضعیت قبلی و جدید و یا ارائه OPG بدون دندان و با دست دندان جدید و یا تحویل دست دندان قبلی به پزشک معتمد بیمه امکان‌پذیر می‌باشد.

۴-۸-۶- جهت عصب‌کشی و روکش دندان، ارائه عکس OPG قبل از تراش دندان و بعد درمان، الزامی می‌باشد. ضمناً در صورتی که دندانی روکش قبلی داشته و به هر علتی روکش از بین رفته و نیاز مجدد به روکش باشد، قبل از انجام روکش جدید، تایید پزشک معتمد بیمه‌گر ضروری است.

۴-۸-۷- برای پرکردن و ترمیم (کامپوزیت و آمالگام) تا سه دندان نیاز به عکس OPG نبوده ولی بیش از سه دندان ارائه عکس OPG قبل بدون تراش و بعد الزامی است.

۴-۸-۸- پرداخت هزینه فضا نگهدارنده منوط به ارائه عکس OPG قبل و بعد درمان می‌باشد.

۴-۸-۹- پرداخت هزینه هرگونه جراحی دندان و یا کشیدن دندان عقل، در مطب یا بستری در بیمارستان، منوط به ارائه عکس OPG قبل و بعد از انجام کار می‌باشد.

۴-۸-۱۰- در خصوص پرداخت هزینه‌های ارتودنسی، الف- در صورت شروع درمان در قرارداد جدید: ارائه عکس فوتوگرافی و OPG قبل کار و عکس با براکت به تاریخ قرارداد، رونوشت پرونده بیمار، شرح مبالغ پرداختی در هر مرحله و تعداد اقساط الزامی است. ب- در صورت ادامه درمان در قرارداد جدید: ارائه تصویر پرونده درمانی (کاردکس) منضم به فوتوگرافی و OPG‌های انجام شده الزامی است.

در صورت صلاحدید دندانپزشک معتمد بیمه، بیمار باید با براکت ویزیت شود. (جهت انجام امور ارتودنسی دندانپزشک حتماً باید متخصص ارتودنسی باشد).

۴-۸-۱۱- در خصوص پرداخت هزینه‌های ایمپلنت، ارائه CBCT و ارائه OPG قبل از قرارداد پایه ایمپلنت و بعد از قرارداد آن و همچنین لبله فیکسچر خریداری و استفاده شده جهت پرداخت هزینه فیکسچر، الزامی می‌باشد (در صورت تشخیص دندانپزشک معتمد بیمه‌گر، ارائه عکس با فیکسچر الزامی است). ضمناً ارائه عکس OPG قبل و بعد انجام روکش نیز الزامی می‌باشد.

۴-۸-۱۲- برای کودکان زیر ۱۲ سال، تعداد ۳ دندان و کمتر در موارد عصب‌کشی، کشیدن دندان (غیر از دندان عقل)، پر کردن و روکش نیازی به عکس OPG نمی‌باشد.

۴-۸-۱۳- در صورت صلاحدید دندانپزشک معتمد شرکت بیمه‌گر، پرونده درمانی بیمار جهت بررسی بیشتر باید ارائه گردد.

۴-۸-۱۴- کلیه هزینه‌های ویزیت، رادیولوژی، تصویربرداری، CBCT و موارد مشابه مربوط به خدمات دندانپزشکی که توسط دندانپزشک در داخل مطب انجام و یا توسط مراکز تصویربرداری صورت می‌گیرد، خارج از بودجه دندانپزشکی بوده و در قالب بندهای ویزیت و پاراکلینیکی، طبق مفاد بخشنامه محاسبه و پرداخت خواهد شد.





## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

۴-۸-۱۵- صورتحساب بستری و بیهوشی در بیمارستان در خصوص ایمپلنت و ... از محل هزینه های بستری و طبق کتاب CPT محاسبه و پرداخت می گردد .

**تبصره ۸ :** هزینه های زیر باید قبل از انجام، به تایید دندانپزشک معتمد شرکت بیمه گر رسانده شود:

- لامینت چینی یا پرسلن
- دست دندان یک یا دو فک
- پلاک پارسیل کرم کبالت
- ارتودنسی ثابت یا متحرک (ارائه گواهی پزشک متخصص ارتودنسی الزامی است)
- فضا نگهدارنده (اطفال)

- ایمپلنت (ارائه گواهی پزشک متخصص جراح لثه و ایمپلنت الزامی است)

**تبصره ۹ :** هزینه های زیبایی مانند لمینت، وینر کامپوزیت، ارتودنسی زیبایی، بلیچینگ و هر هزینه ای که جنبه درمانی نداشته باشد، طبق قوانین سندیکای دندانپزشکی غیر قابل پرداخت می باشد.

۴-۸-۱۶- روش های پرداخت هزینه های دندانپزشکی:

**الف- اخذ معرفی نامه:**

بیمه شدگان به منظور استفاده از معرفی نامه جهت مراجعه به مراکز طرف قرارداد بیمه گر، باید به همراه مدارک زیر در مرکز به نمایندگان بیمه گر مستقر در اداره کل امور رفاهی و سلامت و ساختمان مرکزی و در مناطق به نماینده مستقر در اداره کل یا نمایندگی معرفی شده از سوی شرکت بیمه گر مراجعه نمایند:

۱- ارائه کد ملی بیمه شده اصلی و بیمار

۲- طرح درمان اخذ شده از دندانپزشک معالج مهور به مهر دندانپزشک با ذکر مبلغ هزینه.

**ب- خود هزینه:**

بیمه شده، هزینه های مربوطه را که در مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد انجام می دهد باید شخصاً پرداخت نموده و حداکثر تا مدت شش ماه پس از تاریخ فاکتور و حداکثر دو ماه پس از اتمام قرارداد با در دست داشتن مدارک زیر در مرکز به نمایندگان بیمه گر مستقر در اداره کل امور رفاهی و سلامت و ساختمان مرکزی و در مناطق به نماینده مستقر در اداره کل یا نمایندگی معرفی شده از سوی شرکت بیمه گر مراجعه نمایند:

۱- تکمیل فرم خود اظهاری

۲- ارائه کد ملی بیمه شده اصلی و بیمار

۳- اصل فاکتور هزینه دندانپزشکی مهور به مهر دندانپزشک

۴- ارائه عکس دندان طبق مفاد بند ۴-۸

۴-۹-۹- هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) یا لنز طبی تا سقف ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال به صورت شناور :

۴-۹-۱- هزینه عینک برای شماره چشم بالاتر از ۰.۵ و لنز از شماره ۱ به بالا و تجویز شده توسط متخصص و جراح چشم و با تایید اپتومتر معتمد شرکت بیمه گر با فرانشیز ۱۰٪ قابل پرداخت می باشد .

۴-۹-۲- تجویز اپتومتر صرفاً در مراکز و بیمارستان های چشم پزشکی مورد تأیید می باشد.

۴-۱۰-۱- هزینه های بیماران خاص و صعب العلاج بدون سقف برای هر نفر:

جبران کلیه هزینه های دارویی، درمانی، بستری، سربایی، پاراکلینیکی و هر هزینه مرتبط با بیماری با تجویز پزشک متخصص معالج با اعمال تعرفه و ۱۰٪ فرانشیز در صورت مراجعه آزاد، بدون کسر فرانشیز در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه (دفترچه بیمه) به انضمام موارد زیر:

۴-۱۰-۱- مبلغ ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال جهت جبران هزینه های کاردرمانی، گفتار درمانی بیماران خاص و صعب العلاج (حداکثر هفته ای ۲ جلسه) با ارائه دستور پزشک متخصص معالج، با ذکر نوع بیماری، علت انجام درمان، مدت زمان درمان، قابل پرداخت است و بیش از ۲۰ جلسه، نیاز به گواهی مجدد پزشک معالج مبنی بر ضرورت ادامه درمان می باشد .

۴-۱۰-۲- مبلغ ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مازاد بر سقف بند "۴-۸" جهت جبران هزینه های دندانپزشکی صرفاً برای بیماران CP (جسمی شدید، ذهنی شدید و جسمی-ذهنی شدید)



## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

۴-۱۰-۳- مبلغ ۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال بابت کفش طبی صرفاً برای هر نفر معلول جسمی و ذهنی متوسط و شدید .

۴-۱۰-۴- مبلغ ۱۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال جهت جبران هزینه داروهای تقویتی و مکمل بیماران خاص و صعب العلاج با تجویز پزشک درمانگر و همچنین داروی بیمارانی که به جهت شرایط خاص بیماری، نیازمند حمایت ویژه می باشند؛ با تجویز پزشک درمانگر و تایید پزشک معتمد بیمه گزار و بیمه گر.  
تبصره ۱۰: در خصوص سایر بیماریهای صعبالعلاج یا خاص، با نظر مشترک شرکت راه آهن و شرکت بیمه گرتصمیم گیری خواهد شد.

۴-۱۱-۱۱- هزینه های ناباروری زوجین تا سقف ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای فرزند اول و ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای فرزند دوم :

۴-۱۱-۱- هزینه درمان نازایی و ناباروری مانند IVF ، IUI ، ZIFT ، GIFT و هزینه های داروئی مانند HMG ، HCG و... با اعمال تعرفه و در صورت استفاده از بیمه گر پایه ، هزینه ها بدون کسر فرانشیز و هزینه های آزاد با کسر ۲۰٪ فرانشیز (حتی اگر منجر به معالجه نگردد) با ارائه گواهی پزشک معالج ، جواب آزمایشات مربوطه و کپی صفحه اول و دوم شناسنامه زوجین قابل پرداخت می باشد.

۴-۱۱-۲- هزینه های پاراکلینیکی مرتبط در سقف تعهدات پاراکلینیکی، قابل پرداخت می شود.

۴-۱۲- هزینه های لیزیک، لاک و رفع عیوب انکساری تا سقف ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال:

۴-۱۲-۱- هزینه مربوطه برای هر دو چشم و با نمره هر چشم ۳ دیوپتر و بالاتر از آن با ۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت است.

۴-۱۲-۲- ارائه نسخه اپتومتری با تایید پزشک جراح و تایید پزشک معتمد بیمه گر قبل از عمل جراحی، الزامی می باشد.

۴-۱۳- هزینه خرید سمعک تا سقف ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر با ۱۰٪ فرانشیز :

۴-۱۳-۱- جهت دریافت هزینه سمعک ، دستور متخصص گوش و حلق و بینی و اصل جواب ادیومتری و اصل فاکتور خرید سمعک با درج کد اقتصادی، ممهور به مهر و امضای مرکز خرید، الزامی است.

۴-۱۳-۲- هزینه سمعک برای هر دو گوش و هر دو سال یکبار و در صورت استفاده از بیمه گر پایه ، بدون کسر فرانشیز و هزینه آزاد با کسر ۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۴-۱۳-۳- آندسته از بیمه شدگانی که تمایل دارند علاوه بر تسهیلات ذکر شده، از بیمه پایه نیز استفاده نمایند ، می بایست همانند هزینه های بیمارستانی غیر طرف قرارداد عمل نمایند.

۴-۱۳-۴- هزینه تعمیر سمعک تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر از محل بند ۴-۱۳ با ارائه دستور متخصص گوش و حلق و بینی مبنی بر ضرورت تعمیر و اصل جواب ادیومتری قابل پرداخت است.

۴-۱۳-۵- هزینه کاشت حلزون و تعمیر و تعویض لوازم جانبی کاشت حلزون تا سقف ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر از محل بند ۴-۱۳ با ارائه اصل فاکتور خرید، ممهور به مهر پزشک جراح و اطاق عمل و سایر مدارک بیمارستانی مرتبط، قابل پرداخت است.

۴-۱۴- تهیه اعضای طبیعی بدن مانند کلیه ، کبد ، قرنیه ، ریه و... تا سقف ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال:

۴-۱۴-۱- هزینه های مربوطه با ارائه مدارک بیمارستانی مرتبط، منضم به نامه مرکز خرید عضو بدون کسر فرانشیز، قابل پرداخت است.

۴-۱۵- تهیه اعضای مصنوعی بدن تا سقف ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال:

۴-۱۵-۱- هزینه اعضای مصنوعی (دست، پا، چشم و...) هر دو سال یک بار و با ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر ضرورت تعویض و اصل فاکتور مربوطه، بدون کسر فرانشیز، قابل پرداخت است.



## دستورالعمل اجرایی بیمه مکمل درمان سال ۹۸

اداره کل امور رفاهی و سلامت - گروه بیمه

### ماده ۵) استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می‌باشد:

- ۱-۵- عیوب مادرزادی مگر با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر که صرفاً جنبه درمانی داشته باشد و بیمه شده حداقل یک سال سابقه بیمه‌ای نزد بیمه گر داشته باشد. (در خصوص نوزادان از بدو تولد نیازی به یک سال سابقه نمی‌باشد).
- ۲-۵- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌گیرد مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت قرارداد باشد.
- ۳-۵- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک متخصص معالج.
- ۴-۵- حوادث ناشی از آتشفشان، سیل، زلزله و فعل و انفعالات هسته‌ای، میکروبی و شیمیایی.
- ۵-۵- هزینه‌های مربوط به عقیم‌سازی مانند وازکتومی
- ۶-۵- هزینه‌های مربوط به تهیه لوازم بهداشتی و آرایشی و متفرقه در بیمارستان و پس از آن، از قبیل شیرخشک، صابون، شامپو، خمیردندان و نظایر آن به استثناء مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت و مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد.
- ۷-۵- اتاق خصوصی
- ۸-۵- هزینه شکستگی و ترمیم برکت ارتودنسی .
- ۹-۵- در صورتی که بیهوشی در مراکز (مانند مطب و ...) صورت گیرد که مجوز لازم از وزارت بهداشت را نداشته باشد.
- ۱۰-۵- هزینه‌های ترک اعتیاد.
- ۱۱-۵- هر نوع چک آپ و معاینات دوره‌ای.
- ۱۲-۵- جنون یا بیماریهای سایکوتیک (روانی) مگر ناشی از حادثه باشد (منظور از بیماریهای سایکوتیک آندسته از بیماری‌هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).
- ۱۳-۵- جراحی فک مگر با تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه، باشد.
- ۱۴-۵- رینوپلاستی
- ۱۵-۵- خودکشی و اعمال مجرمانه
- ۱۶-۵- سپتوپلاستی (انحراف بینی)، مگر اینکه قبل از عمل جراحی به تایید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد.
- ۱۷-۵- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده باشد.
- ۱۸-۵- مشمولان غایب و سربازان فراری

### ماده ۶) سایر موارد:

- ۱-۶- بیمه‌شدگان در استفاده از پزشکان، بیمارستانها، مراکز درمانی، پاراکلینیکی و دندانپزشکی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد آزاد بوده لیکن چون هزینه‌ها بر اساس تعرفه و فرانشیز پرداخت می‌گردد، استفاده از بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد به نفع بیمه شده می‌باشد.
- ۲-۶- چنانچه بیمه شده، بدون دریافت معرفی‌نامه از شرکت بیمه گر، مستقیماً به مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه و هزینه‌های مربوطه (بستری، پاراکلینیکی و دندانپزشکی) را شخصاً پرداخت نماید، خسارتهای پرداختی معادل تعرفه‌های مورد عمل بیمه گر طبق قرارداد با مراکز درمانی و مطابق مفاد قرارداد منعقدہ محاسبه خواهد شد .

