

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۷/۱۹  
شماره:  
پیوست: ۱۴۰۰/۷۴۶۶۹

◀ ماده ۹ ( دوره انتظار ):

دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و در خصوص بیمه شدگانی اعمال می گردد که در سال گذشته هیچگونه پوشش بیمه درمان مکمل نداشته اند.

**تبصره ۱:** دوره انتظار برای بیماری های مزمن سه ماه خواهد بود.

**تبصره ۲:** بیماری های مزمن شامل: فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماری های نئوپلاستیک، پولیپ و انحراف بینی، سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستریکتومی، سیستم رکتوسل و رکتوسل، نارسایی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستوئیدکتومی، امراض مزمن قلبی و عروقی، دیابت. (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در CCU و ICU شود).

**تبصره ۳:** بیمه شدگان سال گذشته مشمول دوره انتظار نمی باشند.

**فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر**

◀ ماده ۱۰ ( حدود تعهدات ):

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار مازاد هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای برای هر فرد خانواده بشرح ذیل جبران نماید:

۱- ۱۰- جبران هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثنای دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

۲- ۱۰- جبران هزینه درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی به شرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)، آنژیوگرافی قلب، چشم (پیوند قرنیه، ویتراکتومی و دکولمان رتین)، هزینه عمل دیسک ستون فقرات، لاپاراسکوپي، انواع سنگ شکن، هزینه های شیمی درمانی (به غیر از دارو) و داروهای MS حداکثر تا سقف ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

**تبصره ۱:** جبران هزینه سیتوپلاستی (انحراف بینی) در صورتی قابل پرداخت میباشد که قبل و بعد از عمل به تأیید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد و با عمل زیبایی توأم انجام نشده باشد.

**تبصره ۲:** جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین در تعهد نمی باشد.

۳- ۱۰- جبران هزینه های پارکلینیک (۱) مانند: انواع اسکن، سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، رادیوتراپی، MRI، انواع آندوسکوپي، استرس اکو، بررسی های اورودینامیک، الکترومیوگرافی مثانه، پزشکی هسته ای، اکوکاردیوگرافی مری، اکوکاردیوگرافی قلب، تست ورزش، اسپرومتری، دانسیتومتری، نوارعضله، نوارعصب، نوارمغز، آنژیوگرافی چشم، سنجش تراکم استخوان، تمپانومتری، تست V.E.P.S، هولترمونیتورینگ قلب، OCT، پریمتری چشم، اندازه گیری میدان بینایی، سیستم اسکوپي، رکتوسکوپي، فلورسکوپي، TCD، تست اورودینامیک، ادیومتری، تمپانومتری، تست آلرژي، آمینوسنتز، مگنت تراپی، ارگواسپیرومتری، بررسی عصب شنوایی، آستوگرافی (تست متاکولین)، BRAINMAPPING، توپوگرافی چشم، CT آنژیوگرافی، نوارقلب، آزمایش، رادیولوژی، فیزیوتراپی، لیزرفیزیوتراپی، اختلالات خواب، کایروپراکتیک هزینه های مربوط به جراحیهای مجاز سرپایی و بون بستری مانند: ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع

( ۴ - ۱۰ )

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۷/۱۹

شماره:

پیوست: ۱۴۰۰/۷۴۶۶۹

عیوب انکساری چشم) و هزینه های مربوط به کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیرخانه شورا عالی بیمه خدمات درمانی مانند: شکستگیها، دررفتگی ها، آتل گذاری، انواع گچ گیری، بیرون آوردن جسم خارجی فرورفته در گوشت، کشیدن ناخن، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه کف دهان، شالزیون، بیوپسی، پاتولوژی، کوتر، ناخنک چشم، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش و بینی، تزریق در داخل مفاصل و سایر موارد مشابه که در مطب، مراکز بهداشتی و درمانی، درمانگاه، پلی کلینیک، دی کلینیک و بیمارستانها انجام می شود و غیره حداکثر تا سقف ۲۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

۱۰-۴- جبران هزینه های آمبولانس برای فوریتهای پزشکی که منجر به بستری بیمه شده در بیمارستان می شود، داخل شهری تا سقف ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال و بین شهری ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

۱۰-۵- تأمین هزینه عینک طبی (شیشه، فریم و لنز طبی تماسی) حداکثر تا سقف ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

۱۰-۶- تأمین هزینه کشیدن و دست دندان مصنوعی برای بیست نفر حداکثر تا سقف ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای تمام فک، نیم فک و یک چهارم فک با معرفی نامه کتبی بیمه گذار.

۱۰-۷- تأمین هزینه سمعک، عصا، واکر، جوراب واریس، ویلچر، ارتز، کمرست طبی، کمر بند طبی، گردن بند طبی و کفش طبی برای بیست نفر تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۱۰-۸- جبران هزینه های لیزیک به منظور رفع عیوب انکساری چشم به شرطی که شماره هر چشم ۳ دیوپتر و بالاتر باشد، با معاینه و تایید پزشک معتمد بیمه گر برای هر چشم تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال و ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای دو چشم، برای دونفر با معرفی نامه کتبی بیمه گذار.

۱۰-۹- پرداخت هزینه بستری اعصاب و روان جهت ده نفر از کل بیمه شدگان از محل خدمات بند ۲-۱۰ تا سقف ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال با معرفی نامه کتبی بیمه گذار.

۱۰-۱۰- جبران هزینه های حجامت، طب سوزنی و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری از محل خدمات پاراکلینیک تا سقف ۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال با معرفی نامه بیمه گذار برای بیست نفر.

۱۰-۱۱- جبران هزینه های ویزیت (مطابق با آخرین تعرفه) و دارو (صرفاً مازاد بر سهم بیمه پایه) و تزریقات حداکثر تا سقف ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

#### ماده ۱۱) فرانشیز:

درصد معینی از هزینه های درمانی است که تامین آن بعهده بیمه شده می باشد و به شرح زیر تعیین می گردد:

۱۱-۱- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات بستری جهت اعمال جراحی بابت سهم بیمه گر اول ۲۰ درصد و خدمات درمان های طبی بابت سهم بیمه گر اول ۲۰ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است بدیهی است چنانچه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نماید و یا به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده کند، فرانشیزی از صورت حساب کسر نخواهد شد.

۱۱-۲- حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آن دسته از خدمات موضوع بندهای (۳-۱۰) و (۱۰-۱۰) و (۱۰-۱۱) که دارای تعرفه ثابت مصوب مراجع قانونی ذیربط در بخش خصوصی و دولتی می باشند، معادل تعرفه فوق پس از کسر سهم بیمه گر اول می باشد و در خصوص خدماتی که تعرفه آنها ضریبی از k می باشد، تعهد بیمه گر حداکثر براساس تعرفه جدید خدمات در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت سلامت در جمهوری اسلامی ایران، پس از کسر سهم بیمه گر اول خواهد بود و در خصوص سایر خدمات که فاقد تعرفه مشخص می باشند پس از کسر فرانشیز بیست درصد (۲۰٪) از تعرفه بیمه گر خواهد بود.

( ۵ - ۱۰ )