

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساسی بیمه نامه:

این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و همچنین پیشنهاد کتبی بیمه گزار طبق توافق بیمه گر و بیمه گزار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات:

- تعاریف و اصطلاحات مذکور در این آیین نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد، با مفاهیم زیر استفاده شده اند:
۱. بیمه گر: موسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است. در این بیمه نامه بیمه گر شرکت سهامی بیمه دی (سهامی عام) می باشد.
 ۲. بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.
 ۳. بیمه گزار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.
 ۴. بیمه شده: شخص یا اشخاص حقیقی است که وضعیت سلامتی وی موضوع قرارداد بیمه بوده و سن و وضعیت سلامتی او مبنای محاسبات حق بیمه است.
 ۵. موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری یا حادثه مازاد بر سهم بیمه گر پایه، به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین شده و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.
 ۶. بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.
 ۷. Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد.
 ۸. حق بیمه: وجهی است که بیمه گزار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موقوف به پرداخت حق بیمه در سررسید تعیین شده می باشد.
 ۹. خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.
 ۱۰. فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گزار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن در بیمه نامه تعیین شده است.
 ۱۱. خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.
 ۱۲. مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می گردد.
 ۱۳. خسارت معوق: مبلغی که مربوط به پرونده ای درمانی گزارش شده اما ارزیابی نشده می باشد.
 ۱۴. بیماری های دارای منشأ به قبل: به بیماری هایی گفته می شود که به استناد مدارک تشخیصی و درمانی یا نظر پزشک معتمد بیمه گر/ کمیسیون پزشکی بیمه گر، آغاز یا منشأ بیماری مربوط به قبل از خرید بیمه نامه باشد.
 ۱۵. دوره انتظار: دوره ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد و در آن دوره جبران خسارت های درمانی از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

فصل دوم: پوشش های قابل ارایه

ماده ۳- پوشش های قابل ارایه مطابق جدول ارایه شده در سند بیمه نامه خواهد بود.

تبصره ۱: کلیه هزینه های مربوط به بیماری های دارای منشأ به قبل، خارج از تعهد بوده و قابل پرداخت نمی باشد.

بیمه شده/بیمه گزار در این خصوص حق هرگونه اعتراض را از خود سلب می نماید.

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن، بیمه شدگان موظف هستند بدون کتمان حقیقت پرسشنامه ضمیمه این

قرارداد را تکمیل نمایند. در صورت اثبات خلاف موضوع مطابق با عدم رعایت اصل حسن نیت (ماده ۵) قرارداد

فسخ خواهد شد و بیمه گزار و بیمه شده متعهد می گردند که ضرر و زیان بیمه گر را جبران نمایند.

ماده ۴- حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش های اصلی سالیانه مطابق بیمه نامه صادره خواهد بود:

۴-۱ تعهدات دارو و ملزومات دارویی، خدمات اورژانس و انواع ویزیت دارای سقف پرداختی مشترک هستند.

۴-۲ همچنین تعهدات "هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)، جراحی تخصصی (شش عمل اصلی) و آمبولانس" به صورت مشترک از یک سقف قابل پرداخت می باشند.

۴-۳ هزینه های دندانپزشکی صرفاً محدود به خدمات کشیدن، جرمگیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش می باشد.

فصل سوم: شرایط

ماده ۵- اصل حسن نیت: بیمه گزار و بیمه شده مکلفند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گزار در پاسخ به پرسش های بیمه گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گزار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه های تشخیصی- درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ماده ۶- فرانشیز

فرانشیز هزینه پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده توسط بیمه گر می باشد.

تبصره ۲: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

تبصره ۳: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۷- دوره انتظار

دوره انتظار از تاریخ شروع این بیمه نامه در سال اول قرارداد:

۷-۱ برای هزینه های مربوط به زایمان و نازایی و ناباروری ۹ ماه

۷-۲ برای خدمات سونوگرافی ۳ ماه

۷-۳ برای جبران هزینه های مربوط به بستری و جراحی ۳ ماه

۷-۴ برای خدمات مرتبط به بیماری های پاندمی ۱ ماه

۷-۵ در صورتی که بیمه شده، سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی انفرادی یا خانواده از بیمه دی داشته باشد، دوره انتظار پوشش مربوطه اعمال نخواهد شد.

۷-۶ در صورتی که بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی انفرادی یا خانواده از سایر شرکت های بیمه داشته باشد، صرفاً دوره انتظار پوشش بستری و جراحی (بندهای ۷-۳ و ۷-۴) اعمال نخواهد شد (دوره انتظار پوشش زایمان کماکان پابرجاست).

۷-۷ در صورتی که بیمه شده سابقه پوشش درمان تکمیلی گروهی نزد بیمه دی یا سایر شرکت ها داشته باشد، مشمول حذف دوره انتظار نخواهد شد.

ماده ۸- پرداخت حق بیمه

بیمه گزار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه های مربوط توافق شده است به بیمه گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

تبصره ۴: پرداخت حق بیمه به نماینده و یا واریز به حسابی غیر از شماره حساب اعلامی بیمه گر فاقد اعتبار بوده و تعهدی برای بیمه گر ایجاد نخواهد نمود.

ماده ۹- بیمه گزار یا بیمه شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه های تشخیصی- درمانی را به بیمه گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری نمایند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه گر است.

ماده ۱۰- بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی- درمانی را براساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۱۱- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۲- هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه گر نیست:

۱. صدمات حاد ناشی از ورزش های رزمی و حرفه ای.
۲. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
۳. سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
۴. ترک اعتیاد.
۵. عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
۶. خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
۷. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتش فشان.
۸. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
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 ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
۱۲. هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
۱۳. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
۱۴. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
۱۵. هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

۱۶. رفع عیوب انکساری چشم
 ۱۷. تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
 ۱۸. انواع هزینه‌های غیرپزشکی از قبیل: تلویزیون، کیف بهداشتی (مگر با تایید بیمه‌گر).
 ۱۹. بیماری‌های واگیردار، معالجه بیماری‌های افراد مبتلا به ایدز و معلولین ذهنی در صورتی که بیمه‌شده در تاریخ شروع بیمه‌نامه به آن مبتلا باشد.
 ۲۰. معالجه عضوهای آسیب‌دیده ناشی از حوادثی که تاریخ وقوع آن قبل از تاریخ شروع این قرارداد باشد. (به غیر از خارج کردن پروتز و ترمیم عدم جوش خوردگی یا بدجوش خوردگی استخوان).
 ۲۱. کلیه هزینه‌های مربوط به اعمال جراحی و پروتزهای زیبایی.
 ۲۲. صورتحساب، فاکتور و قبض‌های المثنی (پاراکلینیکی و بیمارستانی).
 ۲۳. هزینه چک‌آپ و آزمایشات دوره‌ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
 ۲۴. حوادث ترافیکی.
 ۲۵. کلیه اعمال زیبایی و اعمال مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... و همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه‌نامه است.
 ۲۶. امکان صدور بیمه‌نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای ۳۵ هستند، وجود ندارد.
 ۲۷. هزینه‌های مربوط به ناهنجاری‌های جنین (غربالگری) غیرقابل پرداخت است.
 ۲۸. در صورتی که منشاء بیماری مورد تعهد این بیمه‌نامه، به قبل از خرید بیمه‌نامه برگردد، خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
 ۲۹. جبران هزینه‌های جراحی و درمان بیماری‌های ناشی از عیوب مادرزادی خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
 ۳۰. جبران هزینه‌های شیمی‌درمانی (بستری) و داروی شیمی‌درمانی و جراحی‌های مرتبط، در صورتیکه منشاء بیماری به قبل از خرید بیمه‌نامه برگردد، خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
 ۳۱. جبران هزینه داروهای نازایی و ناباروری خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
 ۳۲. فوت بیمه‌شده
 ۳۳. هزینه‌های بیمارستانی و دارویی و آزمایشی بدون تجویز پزشک متخصص.
 ۳۴. پرداخت هزینه واکسن کرونا جهت پیشگیری از ابتلا.
- تبصره ۵:** حوادث ترافیکی که در طول مدت بیمه‌نامه حادث شده و ۲ ماه از تاریخ حادثه گذشته باشد، مازاد بر تعهد دانشگاه‌های علوم پزشکی، تحت پوشش خواهد بود.

ماده ۱۳- نحوه جبران هزینه‌های بیمه شده:

بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده قصد مراجعه به بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر را دارد، حداقل ۵ روز قبل از مراجعه، مدارک مربوطه را جهت بررسی توسط پزشک معتمد به نزدیک‌ترین شعبه محل اقامت خود تحویل دهد. صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل دهد. این هزینه‌ها مطابق با شرایط عمومی حاضر و تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

در خصوص دارو و ملزومات دارویی در تعهد این بیمه‌نامه، صرفاً داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه‌گر پایه به استثنا موارد ذکر شده، قابل پرداخت است و بیمه‌شده می‌بایست صورتحساب هزینه به انضمام نسخه پزشک معالج (الکترونیک/دفترچه بیمه) را به شعب بیمه دی در سراسر کشور جهت جبران خسارت بر اساس تعرفه مصوب، تحویل دهد.

بیمه‌شده در انتخاب و مراجعه به مراکز تشخیصی (تصویربرداری و آزمایشگاه) و درمانگاه‌های طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد آزاد است.

ماده ۱۴- در صورت استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۵- چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه های بیمه مخیر است.

ماده ۱۶- فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گزار می توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

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 بیمه گزار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر 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. انتقال پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.
۲. انصراف بیمه گزار در صورت عدم ثبت هزینه درمانی و حداکثر تا ۱۵ روز پس از صدور قرارداد.

ج- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱. در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می شود.
۲. در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گزار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه گزار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.
۳. در صورتی که فسخ بیمه نامه توسط بیمه گر براساس عدم رعایت اصل حسن نیت از طرف بیمه گزار/بیمه شده انجام پذیرد، بیمه گر محق به دریافت کل حق بیمه سالیانه بیمه نامه است.

ماده ۱۷- بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۱۸- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گزار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۱۹- ارجاع به داوری

بیمه گر یا بیمه گزار می توانند 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 می توانند 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 می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی داوری می کنند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

مدارک مورد نیاز جهت بررسی و جبران هزینه های درمانی

الف: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات بیمارستانی (در صورت مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد و یا پرداخت مستقیم توسط بیمه شده):

- ۱- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)
- ۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممهور به مهر و امضاء پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر بیمارستان.
- ۴- اصل صورت حساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان.
- ۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- ۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممهور به مهر پزشک و کمک جراح.
- ۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از اورتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تائید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تائیدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تائید دارد.
- ۱۰- ارسال گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و
- ۱۱- ارسال برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
- ۱۲- ارسال گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.
- ۱۳- در صورت ارسال پرونده به بیمه گر پایه کپی برابر اصل اسناد فوق مورد تایید می باشد.

ب: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات آزمایشگاه:

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- ارسال جواب آزمایشات پاتولوژی و تومور مارکرها با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر آزمایشگاه.

ج: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات تصویربرداری:

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- ارسال گزارش تصویربرداری با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر مرکز.

د: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دندانپزشکی:

- ۱- اصل ریز صورت حساب با ذکر دقیق نوع خدمات ارائه شده ممهور به مهر و امضاء دندانپزشک با قید مشخصات بیمه شده.
- ۲- مدارک مورد نیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد. (در صورت درخواست گرافی توسط دندانپزشک معتمد، گرافی باید دارای تاریخ و مشخصات بیمه شده باشد).

۳- ارسال اصل تاییدیه دندانپزشک معتمد جهت موارد نیازمند تایید، موجود در ابلاغیه تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی

سایر موارد در خصوص خسارت دندانپزشکی:

هزینه‌های در تعهد دندانپزشکی صرفاً محدود به خدمات کشیدن، جرمگیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش می‌باشد.

تبصره ۶- مواردی که در بند فوق به صراحت به آن اشاره نشده است، در تعهد نمی‌باشد.

هزینه‌های دندانپزشکی براساس تعرفه و مدارک عنوان شده در بخش خصوصی دندانپزشکی محاسبه و پرداخت می‌گردد.

ویزیت دندانپزشک غیر قابل پرداخت است

هزینه‌های ایمپلنت، ارتودنسی و دست‌دندان مصنوعی در تعهد نمی‌باشد.

ه: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دارویی:

۱. تصویر شفاف نسخه پزشک به همراه ریز اقلام و ریز قیمت به همراه مهر پزشک و داروخانه در دفترچه درمانی سازمان‌های بیمه گر (تأمین اجتماعی

— خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)،

چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.

۲. در نسخ داروهای آزاد ارسال اصل برگه دفترچه درمانی و یا با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه

(تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است

۳. ارائه برگه پرفراژ داروخانه ممهور به مهر داروخانه

۴. رونوشت توضیحات پزشک معالج در مورد نسخ مخدوش. (تاریخ و تعداد و نام دارو).

شرایط جبران خسارات دارویی:

هزینه‌های دارویی براساس فهرست داروهای مجاز کشور (فارماکوپه) طبق برند تجویزی پزشک معالج مطابق با شرایط زیر قابل بررسی و پرداخت است

و استفاده از سقف تعهد بیمه‌گران پایه (داروهای تحت پوشش) الزامیست:

۱. داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه، مطابق با قوانین بیمه گر پایه پس از کسر سهم بیمه گر پایه قابل بررسی و پرداخت می‌باشد

(اختلاف قیمت در تعهد است).

۲. داروهای تقویتی، مکمل، زیبایی، پوستی، ویتامینه و پروتئینه در تعهد نمی‌باشد.

۳. نسخه‌های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیرقابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۷: حق فنی داروخانه پرداخت نمی‌شود.

و: مدارک لازم برای پرداخت خسارت تجهیزات پزشکی (ایمپلنت) کارگذاری شده در بدن حین عمل جراحی:

۱ -دستور تجهیز با قید نام بیمه شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و مهمور به مهر جراح.

۲ -فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی. توضیحات: مشخصات فاکتور معتبر: در سربرگ رسمی که در آن نام، آدرس و تلفن شرکت، کد

اقتصادی، شماره ثبت شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کد ملی، آدرس، تلفن و...) و مشخصات کالا (شرح کالا،

مدل، کد IRC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل (ذکر شده و مهمور به مهر و امضای فروشنده باشد.

۳ -صورتحساب بیمارستانی مرتبط با جراحی.

۴ -گزارش عمل جراحی (شرح عمل) با قید مشخصات بیمه شده به همراه مهر جراح و اتاق عمل.

۵ -کپی صورتحساب بیمارستان با قید مشخصات بیمه شده به همراه مهر بیمارستان.

۶ -کپی کارت ملی و صفحه اول دفترچه درمانی بیمه شده.

۷ -ارائه گرافی قبل و بعد از عمل در جراحی‌های ارتوپدی و ارائه مدارک مثبته دال بر بکارگیری تجهیزات مورد نظر در حین جراحی (علاوه بر شرح

جراحی) در خصوص سایر جراحی‌ها.

۸ -ارائه تاییدیه جراحی پزشک معتمد بیمه دی در خصوص مواردیکه نیاز به تایید دارد.

۹-ارسال پیش فاکتور تایید شده بیمه دی در خصوص مواردیکه نیاز به تایید دارد.

ز: سمعک:

۱. اصل دستور تجویز سمعک توسط پزشک متخصص
۲. اصل فاکتور فروش سمعک ممه‌ور به مهر مرکز شنوایی سنجی.
۳. کپی کارت گارانتی سمعک.
۴. درج نام کالا، برند، تعداد، قیمت، شماره سریال، نام شرکت و کشور تولیدکننده محصول در کلیه فاکتورهای ارسالی شرکت فروشنده سمعک.
۵. ارائه اصل یا تصویر گزارش کامل شنوایی ممه‌ور به مهر و امضاء مرکز شنوایی سنجی با قید مشخصات کامل بیمار.

سایر موارد:

۱. بیمه‌گذار متعهد است حق بیمه متعلق به قرارداد را با توجه به شرایط قرارداد و الحاقیه‌های آن پرداخت نماید. در غیر این صورت تعهدات بیمه‌گر از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و در زمان تعلیق، بیمه‌گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه‌شدگان را ندارد و بروز هرگونه مشکلی در این خصوص به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.
۲. اعتبار قرارداد منوط به پرداخت اقساط حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه می‌باشد.
- تبصره ۸:** در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار این بند نیز اعمال می‌گردد.
۳. عدم انجام تعهدات بیمه‌گر به علت تاخیر و یا امتناع بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه نمی‌باشد و بیمه‌گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه‌گر پرداخت نماید.
۴. چنانچه بیمه‌شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه صرفاً تا پایان همان سال بیمه‌ای ادامه خواهد داشت.
۵. این بیمه‌نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه‌گران پایه مشابه می‌باشد (بیمه‌گر اول)، لذا بیمه‌شدگان در صورت داشتن بیمه‌پایه باید در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این مراکز، رونوشت برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام رونوشت چک دریافتی، به بیمه دی تحویل نمایند.
۶. چنانچه سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان فرانشیز قابل اعمال و محاسبه معادل مابه‌التفاوت سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.
۷. در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارایه معرفی‌نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه‌التفاوت حق الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی‌باشد.
۸. کلیه هزینه‌های پاراکلینیکی و بیمارستانی، طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و کتاب ارزش‌های نسبی و خدمات مراقبتی‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخت خواهد شد.
- تبصره ۹:** خدمات دندانپزشکی نیز بر اساس تعرفه‌های سندیکای بیمه‌گران ایران قابل پرداخت می‌باشد.
- تبصره ۱۰:** هزینه‌های ویزیت بر اساس آخرین تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران پرداخت می‌گردد.
۹. هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تایید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب‌های آنان را تایید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم وجود هر یک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مصوب هیئت وزیران محاسبه خواهد شد.
۱۰. میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
۱۱. چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

۱۲. اعمال جراحی فتق نافی، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سیتوپلاستی، استرایسیم می بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد.
۱۳. خطرات ناشی از انفجار یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تحمیلی در شمول تعهدات این قرارداد می باشد، مشروط به اینکه بیمه شده به قصد بازدید از مناطق عملیاتی در دوران جنگ تحمیلی و یا خشی سازی ادوات جنگی در محل حضور نیافته باشد.
۱۴. در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شبا یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه گزار برای بیمه شده اصلی).
۱۵. اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می باشد.
۱۶. مرور زمان دعوای ناشی از تعهدات بیمه گر یکسال از تاریخ انقضاء مدت قرارداد می باشد.
۱۷. چنانچه موارد مذکور در بیمه نامه و ضمائم و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می شود، با نظرات بیمه گزار مطابقت نداشته باشد، بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آن را بنماید. در غیر این صورت مراتب، تایید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عملی خلاف این شرط منوط به تایید کتبی بیمه گر خواهد بود.
۱۸. پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گزار و قبول آن از طرف بیمه گر به منزله تایید بیمه نامه از ناحیه طرفین می باشد.
۱۹. در خصوص مواردی که در این قرارداد به آن اشاره نشده است مطابق با آیین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه اقدام خواهد شد.
۲۰. علاوه بر استثنائات ماده ۱۲، فهرست اعمال غیر مجاز در مطب که توسط سازمان نظام پزشکی به تأیید رسیده است، خارج از شمول این بیمه نامه می باشد:

فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

۱	القای بیهوشی عمومی یا بی حسی نخاعی (به استثنای آرام بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارائه خدمت مورد تأیید وزارت بهداشت)
۲	انجام الکتروشوک درمانی (ECT)
۳	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن 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	هر گونه اعمال جراحی باز روی استخوان های بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پپین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و "جراحی های مجاز بر روی استخوان های فکین از طریق برش های مخاطی"
۶	جراحی های ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ جراحی های ترمیم کلیه تاندون ها (به جز تاندون های اکستانسور پشت دست Hand و روی پا Foot)
۷	جراحی سندرم تونل کارپال
۸	وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز (من جمله 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، براهیوپلاستی، ماموپلاستی
۱۱	تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سרینی و سینه
۱۲	اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی من جمله لیزر
۱۳	اعمال جراحی بر روی کره چشم من جمله 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 استثنای 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

فهرست اعمال غیرمجاز در مطب

۱۸	تزریق هرگونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون
۱۹	جراحی پرنورافی
۲۰	ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل
۲۱	هر نوع زایمان
۲۲	هر نوع سقط جنین
۲۳	اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است
۲۴	برونکوسکوپی، لارنگوسکوپی مستقیم، لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی (به استثنای 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 راینوپلاستی یا سبتوپلاستی به جز اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفاً بر روی بافت نرم Alae Nasi
۲۹	اعمال جراحی روی سینوس های 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 و بیوپسی ضایعات عروقی
۳۳	هر نوع رزکسیون زبان
۳۴	فلپ های پوستی بیش از ۵×۵ سانتی متر و کلیه فلپ های 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 جاناندازی یا فیکساسیون 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 توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در برمی 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