



بسمه تعالی

شماره : ۷۴۴۴۴
تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
پیوست :

بیمه نامه درمان تکمیلی

این بیمه نامه به استناد تفاهم نامه شماره ۱۴۰۱/۶۷۶۰۸ مورخ ۱۴۰۱/۳/۱۸ فیما بین شرکت سهامی بیمه دانا و معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع وزارت آموزش و پرورش می باشد که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گزار نامیده می شوند که بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران به شرح ذیل منعقد میگردد:

مشخصات قرارداد

شماره سریال بیمه نامه :	تاریخ صدور:
تعداد بیمه شدگان : با الحاقیه پس از صدور بخشنامه وزارت آموزش و پرورش	تاریخ شروع صفر بامداد : ۱۴۰۱/۰۴/۰۱
و ثبت نامه بیمه شدگان تعیین می گردد	
	تاریخ انقضاء صفر بامداد: ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا
نشانی بیمه گر: تهران، خیابان گاندی جنوبی، خیابان پانزدهم پلاک ۲
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱ و ۸۸۷۷۰۸۱۳
شماره ثبت: ۱۹۰۰۳
کد پستی: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷
کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹
شناسه ملی: ۱۰۱۰۰۶۴۱۹۶۶

مشخصات بیمه گزار

نام بیمه گزار: وزارت آموزش و پرورش
نشانی بیمه گزار: تهران، سپهبد قرنی، پاتین تر از خیابان سمیه، ساختمان مرکزی وزارت آموزش و پرورش
شماره ثبت:
تلفن: ۸۲۲۸۷۰۲۵ - ۶ و دورنگار -----
کد اقتصادی: ۴۱۱۴۱۳۸۷۶۷۶۴
کد پستی: ۱۵۹۹۹۵۸۱۱۱
شناسه ملی: ۱۴۰۰۰۲۹۰۱۹۵

(۱)

ردیف	تعهدات بیمه گر	سقف تعهدات	فرانشیز
۱	جبران هزینه‌های بستری، جراحی و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان کمتر از ۱۰ سال و یا بیشتر از ۷۰ سال (مطابق آیین نامه ۹۹)	بدون سقف	۱۵
۲	جبران هزینه‌های شیمی درمانی، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی و کلیه اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز	بدون سقف	۱۵
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵
۴	جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، Gift.Zift، میکرواینجکشن و Ivf	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵
۵	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهدات برای هر دو چشم	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵
۶	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، آنالیز پیس میکر، EECPT، تیلیت تست، استرس آکو، دانسیتومتری، سنجش تراکم استخوان، آنژیواسکن قلب و اکوی چشم، پزشکی هسته ای (اسکن های هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ).	بدون سقف	۱۵
۷	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل: تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی مانند (اسپیرومتری و PFT)، نوار عضله EMG، نوار عصب MCV، نوار مغز EEG، خدمات تشخیصی یوروداینامیک، نوار مئانه (سیستومتری یا سیستوگرام) شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، هولتر فشار خون، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی، آنژیوگرافی چشم، پنتاکم چشم، پریمتری چشم، بیومتری، پاکی متری، خدمات تشخیصی قلبی و عروق شامل انواع کاردیوگرافی، نوار قلب.	بدون سقف	۱۵
۸	جبران هزینه‌های اعمال مجاز سربائی مانند شکستگی، در رفتگی، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، گچ گیری، تخلیه کیست و لیزر درمانی	بدون سقف	۱۵
۹	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم و چهارم: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی به استثناء چکاپ، شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست آلژیک، ناهنجاریهای جنین، تست های غربالگری شامل مارکرها های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	بدون سقف	۱۵
۱۰	جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل: فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردیوگرافی (OT)، طب سوزنی، کایروپراکتیک، لیزر تراپی (پرتوان و کم توان) مکنت تراپی	بدون سقف	۱۵
۱۱	جبران هزینه های ویزیت (طبق تعرفه های بخش خصوصی) و دارو های ایرانی، خارجی، مکمل و تقویتی مشروط به تجویز پزشک متخصص و براساس فهرست دارویی کشور مازاد بر سهم بیمه گر پایه به استثنای مواردی که جنبه زیبایی دارد. هزینه دارو بر اساس تعرفه شرکت بیمه گر در زمان انعقاد قرارداد پرداخت می گردد.	بدون سقف	۱۵
۱۲	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی با تجویز چشم پزشک متخصص	۱۲/۰۰۰/۰۰۰	۱۵
۱۳	جبران خدمات دندان پزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساز، روکش و جراحی لثه (به استثنای جراحی زیبایی) برای هر نفر بیمه شده	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۵
۱۴	جبران هزینه خرید سمعک صرفا برای ۱۰۰۰ نفر به استثنای دانش آموزان که از محل بیمه دانش آموزی پیش بینی شده است (متمرکز با معرفی نامه اداره کل رفاه و پشتیبانی وزارت آموزش و پرورش)	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵
۱۵	هزینه تهیه ارتوز (طبق تعرفه وزارت بهداشت) تامین اعضای طبیعی و مصنوعی، ویلچر، واکر و عصا که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر	بدون سقف	۱۵
۱۶	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	داخل شهری بین شهری	۱۵

۲/۷۵۰/۰۰۰ ریال

حق بیمه ماهانه هر نفر بیمه شده با فرانشیز ۱۵ درصد در کلیه تعهدات



(۳)



شماره : ۷۴۴۴۴
تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
پیوست :

۶-۱) تعهدات مندرج در بند ۴ و ۱۴ ماده فوق الذکر صرفاً پس از تائید کمیسیون پزشکی وزارت آموزش و پرورش و با درخواست اداره کل رفاه و پشتیبانی وزارت آموزش و پرورش قابل پرداخت می باشد لازم به ذکر است تعهدات مذکور صرفاً توسط شعب مرکز بیمه دانا صادر و ارائه خدمات می گردد .

۶-۲) 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) بر اساس جدول تعهدات بدون سقف خواهد بود .

۶-۳) هزینه های دندان پزشکی بر اساس تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و پرداخت می شود .

۶-۴) 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.

۶-۵) بیمه گر تعهد مینماید از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبتیه 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 .

۶-۶) بیمه گر ضمن هماهنگی با بیمه گزار در خصوص دریافت اطلاعات کارکنان وزارت آموزش و پرورش جهت احراز هویت کارکنان وزارت آموزش و پرورش از طریق سامانه های مربوطه می بایست حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد (منظور زمان امضاء و تایید قرارداد) نسبت به ارائه فرم الکترونیک دریافت اطلاعات بیمه شدگان در سایت بیمه گر اقدام لازم را معمول نماید. لیست اسامی و مشخصات نهائی بیمه شدگان پس از تائید الکترونیک کارشناسان مناطق ادارات کل آموزش و پرورش حداکثر تا پایان مرداد ماه ۱۴۰۱ در سامانه بیمه گر قابلیت اجرایی خواهد داشت .

۶-۷) بیمه گر موظف است آدرس سایت ثبت اطلاعات بیمه شدگان را بصورت مکتوب به بیمه گزار اعلام نماید

ماده ۷) - وظایف بیمه گزار و بیمه شده

۷-۱) اعلام تغییرات ناشی از افزایش بیمه شدگان پس از پایان مهلت ثبت نام شروع قرارداد، صرفاً شامل افراد جدید الاستخدام، انتقالی، مامورین، فرزندانی که در طول قرارداد بدنی می آیند و همسر بیمه شدگانیکه در طول مدت قرارداد ازدواج مینمایند، خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه و ...) ازسوی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت چهل و پنج روز از تاریخ وقوع موارد فوق الذکر طی نامه کتبی و معتبر به بیمه گر تسلیم گردد .

تبصره: پرداخت حق بیمه افراد فوق الذکر و همچنین بهرمندی از خدمات این قرارداد صرفاً از تاریخ الحاق به قرارداد موضوعیت می یابد

۷-۲) اعلام تغییرات ناشی از کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد، صرفاً شامل افراد مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، اخراجی و ازدواج و اشتغال فرزندان و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبتیه (مانند حکم قطع همکاری، حکم انتقال و.....) طی نامه کتبی و معتبر میسر خواهد بود.

تبصره: در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گزار می باشد .

۷-۳) در صورت تشخیص و صلاحدید پزشک و دندان پزشک معتمد بیمه گرمبنی بر ضرورت معاینه بیمار جهت پرداخت خسارت مربوطه در هر مقطع زمانی، بیمه شده و بیمه گذار موظفند در این خصوص همکاری های لازم را به عمل آورند.



(۴)



بسمه تعالی

شماره : ۷۴۴۴۴
تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
پیوست :

۷-۴ مهلت تحویل اسناد و مدارک مربوط به هزینه های درمانی موضوع این قرارداد از سوی بیمه شده و یا بیمه گزار ، در طول مدت قرارداد و حداکثر تا پنج ماه پس از انقضاء و یا فسخ قرارداد می باشد. براین اساس پس از سپری شدن مهلت مذکور بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پذیرش ، بررسی و پرداخت هزینه های درمانی را نخواهند داشت .

۷-۵ نوزادان به محض تولد تحت پوشش می باشند مشروط به اینکه بیمه گزار حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز از تاریخ تولد تصویر شنا سننامه وی را جهت صدور الحاقیه برقراری پوشش طی نامه کتبی معتبر به بیمه گر تسلیم نماید .

۷-۶ درخواست انصراف از پوشش بیمه در طول قرارداد بدون قطع همکاری بیمه شده با دستگاه میسر نمی باشد

۷-۷ بیمه شدگانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها ظرف مدت حداکثر یک ماه توسط بیمه گزار از تاریخ مرخصی به بیمه گر و پرداخت یکجای کلیه حق بیمه های مربوطه (تا زمان قطع همکاری) حداکثر تا ۱۵ روز پس از اعلام کتبی ، می توانند تا انقضای بیمه نامه تحت پوشش باقی بمانند.

۷-۸ چنانچه بیمه شدگان معرفینامه دریافتی جهت بهره مندی از خدمات مراکز طرف قرارداد بیمه دانا را استفاده ننمایند می بایست نسبت به عودت آن (جهت حذف ازسوابق درمانی بیمه شده) حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ صدور اقدام نمایند در غیر اینصورت مسئولیت هر گونه سوئی استفاده از معرفینامه بعهده بیمه شده بوده لذا بیمه گزار موظف می باشد موضوع مذکور را به اطلاع بیمه شدگان برساند.

تبصره: صدور معرفی نامه غیر الکترونیکی صرفاً در محدوده سه ماه اول قرارداد و موارد ضروری در طول قراردادی باشد

۷-۹ 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 ، ژنیکو ماستی و استراییسم ، قبل از هرگونه اقدام ، توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردیده و در صورت تائید اقدام به درمان نمایند ، در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در خصوص پرداخت هزینه های مذکور نخواهد داشت .

تبصره : ارائه نظر پزشک معتمد در اسرع وقت و حداکثر یک هفته از زمان ارجاع موضوع بوده و پس از آن، بیمه گر موظف به ارائه خدمت و پرداخت هزینه های مذکور می باشد

۷-۱۰ بیمه گزار موظف می باشد مستندات و مدارک مورد نیاز جهت دریافت معرفینامه و خسارت اسناد متفرقه (مستقیم) بشرح (پیوست ۲) را در اختیار کارکنان تحت پوشش درمان تکمیلی قرار دهد.

۷-۱۱ چنانچه موارد ذکر شده در قرارداد و یا ملحقاتی که بعداً" و در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظر بیمه گزار طبق تقاضا مطابقت نداشته باشد بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ دریافت ، تصحیح آنها را تقاضا نماید در غیر اینصورت مراتب تائید شده تلقی خواهد شد

۷-۱۲ 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 واریزی در ارتباط با این قرارداد جهت بیمه گزارو یا مرجع نظارتی تعیین شده از سوی او وبیمه گر محفوظ می باشد و طرفین موظفند در این زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.



(۵)



شماره : ۷۴۴۴۴

تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴

پیوست :

ماده (۸) - سایر شرایط قرارداد

- ۸-۱) بیمه گر موظف به تامین زیر ساخت های سخت افزاری و نرم افزاری لازم جهت ارائه خدمت بصورت آنلاین و با ارائه کد ملی می باشد همچنین در اسرع وقت (حداکثر دو ماه پس از شروع قرارداد) نسبت به ارائه فرایند دریافت اسناد بصورت الکترونیک اقدام نماید
- ۸-۲) بیمه گر موظف است لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و همچنین شعب و نمایندگی های خود در سراسر کشور را ظرف مدت پانزده روزه نحو مقتضی به بیمه گزار اعلام نماید . در صورت هرگونه تغییرات در لیست مذکور ، در اسرع وقت لیست بروز آوری شده خود را اعلام نماید
- ۸-۳) بیمه گر هماهنگی لازم را با مراکز و مراجع درمانی بعمل آورد تا بیمه شدگان با ارائه کد ملی بتوانند از خدمات ایجاد شده بهره مند گردند
- ۸-۴) 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.
- ۸-۵) فرزندان ذکور به شرط عدم اشتغال به کار و عدم ازدواج تحت پوشش می باشند .
- ۸-۶) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد .
- ۸-۷) به موجب ماده ۲۳ قانون بیمه ، بیمه گر نسبت به حق بیمه در مقابل هرگونه طلبکاری برمال بیمه شده و یا بیمه گزار حق تقدم دارد حتی اگر طلب سایرین بموجب سند رسمی باشد .
- ۸-۸) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.
- ۸-۹) فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال بکار تحت پوشش میباشد.
- ۸-۱۰) پوشش بیمه ای فرزندان معلول ذهنی و جسمی کارکنان تحت پوشش ، بدون در نظر گرفتن شرط سنی با ارائه مدارک مثبتیه از مراجع ذیصلاح همانند سایر بیمه شدگان بیمه خواهند بود (باتوجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)
- ۸-۱۱) حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین ، برای بیمه گر و بیمه گزار محفوظ است .

این قرارداد که دارای بخش اول (شرایط خصوصی) مشتمل بر ۸ ماده و ۶ تبصره به انضمام بخش دوم (شرایط عمومی) پیوست مشتمل بر ۲۰ ماده و ۴ تبصره می باشد در دو نسخه متحد الاشکل تنظیم و امضاء گردیده و هر دو نسخه حکم واحد را داشته که تمامی صفحات آن توسط بیمه گر و بیمه گزار مهر و امضاء می گردد .

طرف دوم
وزارت آموزش و پرورش
سعید عسکری
معاون برنامه ریزی و توسعه منابع

طرف اول
شرکت سهامی بیمه دانا
رضا جعفری
مدیر عامل

(۴)



بسمه تعالی

شماره : ۷۴۴۴۴
تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
پیوست :

بخش دوم - (شرایط عمومی)

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد بامفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۱ - تعریف بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا که جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۲ - تعریف بیمه گزار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که متعهد به پرداخت حق بیمه است و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۳ - بیمه گر پایه: سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات موظف به ارائه خدمات بیمه درمان پایه هستند.

ماده ۴ - گروه بیمه شدگان صرفاً شامل: کارکنان رسمی، پیمانی و یا قراردادی داوطلب بیمه درمان تکمیلی که به طور تمام وقت در استخدام بیمه گزار، به همراه تمامی افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشند

۴-۱ خانواده: منظور از خانواده عبارتست از هریک از کارکنان شاغل بیمه گزار بعنوان سرپرست خانواده و همسر و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

۴-۲ ادامه پوشش بیمه ای برای بازماندگان بیمه شده اصلی متوفی، بشرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا به قوت خود باقی خواهد بود

۴-۳ کارکنان شاغل بیمه گزار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه سلامت یا سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی یا نیروهای مسلح و یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند باشند.

ماده ۵ - 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.

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

۵-۲ حادثه: عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک 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 بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

ماده ۸ - فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گزار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین شده و تامین آن به عهده بیمه گزار یا بیمه شده میباشد.


(۷)



شماره : ۷۴۴۴۴
تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
پیوست :

۸-۱) در صورتیکه بیمه گر پایه از پرداخت سهم خود به هر دلیلی خودداری نماید پس از تعیین تکلیف قطعی موضوع 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 پس از یکبار اخطار کتبی هفت روزه 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 در خصوص 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.

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

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

تبصره: مطابق ماده ۳ این قرارداد مشمول دوره انتظار نمی باشد

ماده ۱۱- اعمال 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 شبانه روز باشد.

ماده ۱۲- بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر یا 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 مستقیماً و بدون اخذ معرفی نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، می بایست تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تائید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تامین 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 نماید.

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

ماده ۱۳- هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و یا تائید 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 تائید کند تا سقف هزینه های



(۸)

مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد به ریال پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه‌های انجام شده براساس بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبریه: 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 - بیمه شده در انتخاب هریک از مراکز درمانی و بیمارستان های داخل کشور آزاد است و در صورت مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد شرکت بیمه گر 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 انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم نماید. لذا چنانچه بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه براساس تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه رسیدگی خواهد شد و در صورتیکه بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه براساس تعرفه های قانونی مصوب شده از طرف مراجع ذیصلاح جهت آن مرکز تشخیصی- درمانی در زمان تحقق هزینه ها رسیدگی خواهد شد.

۱-۱۴) بیمه شده موظف است 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 اولویت مراجعه به هر کدام از شرکت های بیمه مخیر است. لذا در صورت استفاده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی درمانی مصوب مراجعه 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 گر ها (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 : 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 عمداً و یا سهواً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً و سهواً 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 ابقاء کند یا آن را فسخ نماید.

تبریه: هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً و یا سهواً به وسیله اظهارات کذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر، نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۶ - در موارد پیش بینی نشده ویا در صورت بروز ابهام در اجرائی یا نیاز به تفسیر مفاد این قرارداد، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد



(۹) -



شماره : ۷۴۴۴۴
تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
پیوست :

بسمه تعالی

ماده ۱۷ - نحوه حل اختلاف: بیمه گر یا بیمه گزار می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره وبا رعایت اصل حسن نیت و عندالزوم با اخذ نظر از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق مراجعه به دادگاه صالح موضوع اختلاف حل و فصل می شود.

ماده ۱۸ - استثنائات: هزینه های درمانی موارد زیر و یا ناشی از موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد:

- ۱- عیوب مادرزادی، مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر 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- فعل و انفعالات هسته ای
- ۶- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر
- ۷- جنون و بیماری های سایکوتیک در صورت عدم پوشش هزینه های بستری بیماری های روان پریش
- ۸- جراحی فک که جنبه زیبایی داشته باشد تحت پوشش نمی باشد
- ۹- ترک اعتیاد.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر
- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر در سقف تعهد پایه قابل جبران می باشد.
- ۱۲- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
- ۱۳- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۱۴- هزینه های مربوط به رفع معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
- ۱۵- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- ۱۶- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۱۷- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
- ۱۸- هزینه های مربوط به اعمال جراحی غیر مجاز در مطب (شرح پیوست یک بیمه نامه)
- ۱۹- هزینه نگهداری بیماران روان پریش

ماده ۱۹ - شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق آئین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه بشرح 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.

(۱۰)



بسمه تعالی

شماره : ۷۴۴۴۴

تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴

پیوست :

۲- هرگاه بیمه گزار سهواً و بدون سوء نیت 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- عدم ایفای تعهدات قراردادی در مواعد تعیین شده بویژه در زمینه ارائه خدمات و پرداخت خسارت به بیمه شدگان با کیفیت مورد نظر

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

۳- انتقال پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل .

۴- 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 :

۱- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گر ، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود .

۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گزار ، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه همراه 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 کند.

ماده ۲۰ - شرایط تمدید بیمه نامه : تمدید بیمه نامه برای سالهای بعد با رعایت قوانین و مقررات ناظر بر معاملات دولتی 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.

طرف دوم
وزارت آموزش و پرورش
سعید عسگری

معاون برنامه ریزی و توسعه منابع

طرف اول

شرکت سهامی بیمه دانا
رضا جعفری

مدیر عامل



شماره : ۷۴۴۴۴
 تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
 پیوست :

بسمه تعالی

پیوست یک : فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

۱	القای بیهوشی عمومی یا بیحسی نخاعی (به استثناء آرامبخشی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد آرایه 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 فتقها)
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	ابدومینوپالستی ، براکیوپالستی ماموپالستی
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، تب اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک)
۱۴	اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به استثناء شالزیون)
۱۵	هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پالتیسیما الزم 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 الله و کانال گوش میانی و گوش داخلی
۱۸	تزریق هر گونه فر آورده خونی تیه 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	برونکوسکوپي ، الرنگوسکوپي مستقیم ،الپاراسکوپي و هیستروسکوپي (به استثناء HYSTEROSCOPY OFFICE)

(۱۲) -



شماره : ۷۴۴۴۴
 تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
 پیوست :

بسمه تعالی



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 راینوپالستی یا سپتوپالستی به جزء اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفا بر روی بافت نرم NASI A
۲۹	اعمال جراحی روی سینوسهای پاراناژال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیونهای 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 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 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 گرفت از منابع خارج دهانی است .
۳۹	انواع استئوتومی لفورت اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بال 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 آرتروپالستی 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

مکانیات داخلی - ۸۷ - سری سوم - ۹۸۸ - ۲۰۰۰۰۰۰۰ - برگ - dana-insurance.com

(۱۳)



شماره : ۷۴۴۴۴
تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
پیوست :

بسمه تعالی



پیوست ۲ - مستندات و مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه و دریافت خسارتهای مستقیم (متفرقه)

(۱) - مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه 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 معرفینامه 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 گرمی باشد.

(۲) - مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه 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 گرتعهدی 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- بلفاروپلاستی یا افتادگی پلک

۳-۶- استرایپسم (انحراف چشم)

۳-۷- فتق (هرنی) شکمی

۳-۸- ارتودنسی

۳-۹- ژنیکوماستی

(۱۴)



شماره : ۷۴۴۴۴

تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴

پیوست :

۴ مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت صورتحساب بیمارستانی :

۴-۱ تصویر کارت ملی بیمار.

۴-۲ 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 ،لوازم مصرفی ،و تشکیل پرونده درج گردیده است.

۴-۳ اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان که در آن حق العمل جراح ، کمک جراح ، بیهوشی، مشاوره و ویزیت درج گردیده است.

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

۴-۵ اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور.

۴-۶ اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل.

۴-۷ اصل یا تصویر ریز یا قبوض آزمایشات ، رادیولوژی و

۴-۸ اصل یا تصویر نسخ داروئی ، ریز لوازم مصرفی ، فاکتور پروتوها (ممهور به مهر جراح ، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتز)

۴-۹ اصل یا تصویر برگه سیر بیماری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.

۴-۱۰ 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 فیلهای درمانی و نوع فیلهها .

- تبصره ۱: تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده در بند ۲-۴ الی ۱۰-۴ قسمت الف صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمانهای بیمه گر از جمله تصویر چک برابر اصل شده یا فیش واریزی آن سازمان معتبر می باشد . در غیر این صورت باید اصل مدارک 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 .

۴-۱۱ ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی

۴-۱۲ ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال .

(۱۵)



شماره : ۷۴۴۴۴
 تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴
 پیوست :

بسمه تعالی



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

۵-۱- اصل قبض پرداختی

۵-۲- تصویر گزارش (Report) خدمات پاراکلینیکی و برگه درخواست پزشک معالج ممهور به مهر نظام پزشکی .

➤ تبصره ۱: در خصوص هزینه های دارای کلیشه (مانند: سی تی اسکن، ام آر آی و... رویت کلیشه و درج آن در قبض پرداختی توسط پزشک معتمد شعبه کفایت می کند).
 تبصره ۲: در صورتیکه که بیمار از مراکز طرف قرارداد بیمه پایه استفاده نموده و سهم بیمه پایه نیز از کل صورتحساب کسر گردیده باشد مدارک درمانی پس از کسر هزینه های خارج از تعهد بدون کسر فرانشیز قابل بررسی و پرداخت می باشد .

(۶) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه عینک :

۶-۱- اصل فاکتور معتبر عینک فروشی

۶-۲- نسخه عینک که حاوی نمره و شماره چشم و ممهور به مهر متخصص چشم پزشک یا اپتومتریست باشد .

۶-۳- در موارد خاص حسب ضرورت معاینه بیمه شدگان در محل شعبه ارائه دهنده خدمات با هماهنگی بیمه گزار.

تبصره: پرینت تعیین نمره چشم بیمار توسط پزشک و اپتومتریست با قید مشخصات بیمار (تاریخ ، نام بیمار و مهر پزشک مورد تأیید قرار گیرد.

(۷) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی :

۷-۱- اصل نسخه دندانپزشک ممهور به مهر دندانپزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان

۷-۲- الصاق مدارک و گرافی های مورد نیاز و یا در صورت نیاز به تأیید ویا معاینه توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر بابت خدمات به شرح ذیل :

ارتودنسی : ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لنترال سفالومتری ، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه

فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک

ایمپلنت : ارائه رادیوگرافی پانورکسی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان

فضا نگهدارنده اطفال : معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان

روکش استیل : معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان

بست ریختگی : ارائه رادیوگرافی بعد از درمان

(۱۶)



شماره : ۷۴۴۴۴
تاریخ : ۱۴۰۳/۳/۲۴
پیوست :

بسمه تعالی



بیمه‌دانا
مطمئن و توانا
۱۳۵۳

روکش : 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-مراکزطرف 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 لثه : گرافی قبل از درمان
جراحی نهفته در نسخ نرم وسخت : ارسال رادیوگرافی قبل از درمان

(۸) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه ویزیت :

- ۸-۱- با توجه به راه اندازی ثبت نسخ الکترونیک در صورت درج مبلغ ویزیت درسر نسخه پزشک مهور به مهر پزشک و با قید تاریخ و نام بیمار و کد ملی بیمار الزامی است .
۸-۲- در صورت استفاده از دفترچه بیمه گر پایه درج مبلغ ویزیت در دفترچه و تأیید و امضاء پزشک معالج الزامی است .

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

- ۹-۱- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات فیزیوتراپی
۹-۲- دستور پزشک متخصص معالج ذیربط با ذکر تعداد جلسات و ناحیه مورد فیزیوتراپی.
۹-۳- تأییدیه انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست .
تبصره : 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 با ارائه مدارک مثبت پس از تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه دانا مورد محاسبه و در وجه بیمه شده پرداخت گردد .)

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

- ۱۰-۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر اندازه ، محل ضایعه و کپی جواب پاتولوژی بابت اکسیزیون لیپوم .
۱۰-۲- ارائه گواهی پزشک معالج بابت اندازه ، میزان و یا عمق پارگی ، محل آناتومیکی دقیق بخیه و یا تعداد بخیه های انجام شده .

(۱۷)

مکانیات داخلی - ۸۷ - سری سوم - ۹۸۸ - - - - - ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ - برگ

dana-insurance.com

۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ -
۸۸۷۹۲۹۹۷

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۵، پلاک ۲ - کدپستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷



شماره : ۷۴۴۴۴

تاریخ : ۱۴۰۱/۳/۲۴

۱-۳- در خصوص شکستگی و گچ گیری ، ارائه گواهی پزشکی معالج با قید نوع شکستگی ، محل شکستگی ، نوع گچ گیری

بهمراه گرافی مربوطه در ضمن هزینه وسایل مصرفی گچ ، ویبریل و باند بر اساس فاکتور خرید معتبر قابل پرداخت میباشد .

۱۰-۴- در خصوص کرایو و لیزر نیز ارائه گواهی پزشکی معالج مبنی بر قید تعداد ضایعه ، محل آنها و نوع آنها مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد در مورد لیزر چشم گواهی پزشکی معالج و کپی گزارش الزامی میباشد .

۱۰-۵- در خصوص تخلیه کیست یا دورناژ گواهی پزشکی معالج با قید اندازه ، محل آناتومیک الزام بوده و در صورت ارسال به پاتولوژی جواب آن نیز ارائه گردد .

۱۱) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه سمعک :

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

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

۱۱-۳- فاکتور معتبر 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 :

نسخه پزشک (در صورتی که دارو آزاد باشد و در دفترچه نوشته شده باشد ارائه برگه سبز دفترچه ممهور 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 دفترچه و اخذ 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 ممهور به مهر داروخانه باشد .

تبصره : با توجه به حذف دفترچه بیمه پایه ارائه سرنسخه دارای کد ملی و فاکتور پرداخت هزینه الزام می باشد.

(۱۸)