



با عنایت به تفاهم نامه منعقد شده فی مابین دفتر آموزشگاه های آزاد و مشارکتهای مردمی سازمان فنی و حرفه ای و شرکت کارگزاری رسمی برتر بیمه ستاره بهارستان (بیمه گردان) در خصوص بیمه تکمیلی جامعه هدف موسسین، مربیان و شاغلین آموزشگاه های آزاد فنی و حرفه ای سراسر کشور، تعهدات و خدمات قابل ارائه در این تفاهم نامه به شرح ذیل بحضورتان ایفاد میگردد:

بیمه درمان تکمیلی چیست؟

این پوشش بیمه‌ای جهت جبران هزینه‌های درمان مازاد بر تعرفه‌های بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و بیمه‌های مشابه ارائه می‌شود و نگرانی بیمه‌شدگان را از پرداخت هزینه‌های هنگفت درمان برطرف می‌کند.

پوشش‌های این نوع بیمه عبارتند از جبران هزینه‌های اعمال جراحی، بیمارستانی و بستری شدن در بیمارستان، زایمان طبیعی، سزارین و برخی از هزینه‌های پاراکلینیکی از قبیل سونوگرافی، ماموگرافی، رادیولوژی، انواع اسکن، اندوسکوپی، ام. آر.ای، اکوکاردیوگرافی، سنگ‌شکن کلیه و رفع عیوب انکساری چشم، لیزیک و لیزر درمانی.

بیمه‌گر اول و بیمه‌گر تکمیلی هر یک بخشی از هزینه‌های درمان را تحت پوشش قرار می‌دهند که گاهی نیز هم‌پوشانی دارد. مثلاً بخشی از هزینه‌های بستری را بیمه‌گر اول و بخشی نیز تا سقف تعهدات، توسط بیمه‌گر تکمیلی پرداخت می‌شود. بدیهی است که بخشی نیز ممکن است بصورت فرانشیز توسط بیمه‌شده پرداخت شود.

هزینه‌های درمانی قابل پرداخت شامل هزینه‌های بیمارستانی، درمانی و جراحی هنگام دوره بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود به همراه هزینه‌های مربوط به سایر پوشش‌های اضافی توافق‌شده در بیمه‌نامه، هزینه‌های آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی است.

گروه بیمه‌شدگان

- الف) موسسین، مربیان، شاغلین آموزشگاه های فنی و حرفه ای سراسر کشور
- اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی است.

هزینه‌های درمانی قابل پرداخت موضوع بیمه نامه عبارت است از:

الف) پوشش‌های اصلی (پایه):

- ۱- جبران هزینه‌های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care. تبصره- اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی گفته می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.
- ۲- هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها)
- ۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک درمان‌گر.

ب) پوشش‌های اضافی:

- ۱- افزایش سقف تعهدات برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به‌استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان. * ۲- هزینه‌های زایمان شامل طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد سالانه مندرج در بند الف-۱ فوق. سقف تعهد بیمه‌گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز کند. ۱۰-۲- در صورت دریافت پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، JUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به‌صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است. ۲۰-۲- دوره انتظار استفاده از پوشش این بند، برای گروه‌های زیر ۲۵۰ نفر به مدت ۹ ماه، از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر به مدت ۶ ماه و برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است. * ۳- هزینه‌های پاراکلینیکی به ترتیب زیر قابل پوشش است: ۱-۰-۳- جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو، دانسیتومتری تا حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالانه برای هر بیمه‌شده. ۲-۰-۳- جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله (EMG)، نوارعصب (NCV)، نوارمغز (EEG)، نوارمثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالانه برای هر بیمه‌شده. ۳۰-۳- جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالانه برای هر بیمه‌شده. ۳-۰-۴- جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالانه. ۳-۰-۵- جبران هزینه‌های دندان‌پزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالانه برای هر بیمه‌شده. تبصره- هزینه‌های دندان‌پزشکی براساس تعرفه‌ای محاسبه و پرداخت می‌شود که سالانه سندیکای بیمه‌گران ایران با هماهنگی شرکت‌های بیمه، تنظیم و به آنها ابلاغ می‌کند. ۳-۰-۶- جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف ۲ درصد تعهد پایه سالانه برای هر بیمه‌شده ۳-۰-۷- جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمعک تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالانه برای هر بیمه‌شده * ۴- جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به‌علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالانه برای هر چشم بیمه‌شده. * ۵- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه،

بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهدات پایه سالانه برای هر بیمه‌شده. فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) به شرح جدول پیوست ذکر می‌شود. • ۶. جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالانه برای هر بیمه • ۷. هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک درمان‌گر و تأیید پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پایه سالانه. • ۸. هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین به شرط داشتن پوشش زایمان حداکثر تا ۵۰ درصد تعهد زایمان به‌عنوان پوشش مستقل.

مدت بیمه‌نامه درمان تکمیلی

مدت بیمه‌نامه بیمه درمان تکمیلی یک‌سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌شود.

موارد استثنا

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

۱. اعمال جراحی که به‌منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد. • ۲. عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد. • ۳. سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک درمان‌گر • ۴. ترک اعتیاد • ۵. خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده • ۶. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان • ۷. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات دارای صلاحیت • ۸. فعل و انفعالات هسته‌ای • ۹. هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک درمان‌گر و تأیید پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر • ۱۰. هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر • ۱۱. جنون • ۱۲. جراحی لثه • ۱۳. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر • ۱۴. جراحی فک مگر آنکه به‌علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد. • ۱۵. هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی • ۱۶. رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد. • ۱۷. کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن ازسوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نشده است.

- تعهدات متناسب با درخواست بیمه‌گذار

- پوشش‌های متنوع

- اعمال حداکثر تخفیفات

راهنمای خرید

- تکمیل فرم پیشنهاد درمان تکمیلی
- موافقت بیمه‌گذار با مبلغ حق بیمه
- صدور بیمه‌نامه درمان گروهی و شروع خدمات

دریافت خسارت

نحوه دریافت خدمات بیمارستانی

الف) در صورتی که محل بستری یکی از بیمارستان‌های طرف قرارداد شرکت بیمه تجارت‌نو باشد: بیمه‌شده می‌تواند با معرفی‌نامه بیمه تجارت‌نو به بیمارستان مراجعه نماید.

• ب) در صورتی که محل بستری در سایر بیمارستان‌ها (غیر طرف قرارداد با شرکت بیمه تجارت‌نو) باشد: پس از ترخیص و تسویه حساب، همه مدارک بیمارستانی دارای مهر بیمارستان و گواهی پزشک را برای شرکت بیمه تجارت‌نو ارسال کنید. هزینه‌ها برابر با مفاد قرارداد بیمه و تعرفه بستری و درمان در بیمارستان‌های طرف قرارداد هم درجه و فرانشیز مربوطه محاسبه و پرداخت می‌شود. در صورت نوشته نشدن حق الزحمه پزشکان در صورت حساب، این مبلغ بر اساس مفاد قرارداد با آن مراکز یا مراکز هم‌درجه تأمین می‌شود. در صورت قرارداد نداشتن بیمارستان با بیمه‌گر پایه، بیمه‌شده ابتدا باید با اصل پرونده به بیمه‌گر پایه خود مراجعه و پس از دریافت سهم آن، کپی برابر اصل مدارک همراه با گواهی مبلغ پرداختی تحویل شرکت بیمه تجارت‌نو شود. مدارک مورد نیاز برای پرداخت هزینه‌های بیمارستانی • ۱. اصل صورتحساب بیمارستان دارای مهر بیمارستان با ذکر تاریخ ورود و خروج، نام و نام خانوادگی و مشخصات بیمار • ۲. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و علت بستری • ۳. دستور پزشک، نتیجه گزارش کلیه خدمات سرپایی • ۴. گزارش شرح عمل یا بیماری به همراه نظریه پزشک یا پزشکان درمان‌گر در خصوص علت بیماری و شرح درمان‌های انجام‌شده • ۵. گواهی پزشک بیهوشی (گزارش بیهوشی) همراه با مهر دکتر بیهوشی در صورت عمل جراحی • ۶. گواهی پزشکان مشاوره • ۷. اصل صورتحساب ریز آزمایشات، دارو، لوازم مصرفی، رادیولوژی و مواردی دیگر دارای مهر بیمارستان • ۸. دستور پزشک، نتیجه گزارش کلیه خدمات سرپایی • ۹. خلاصه پرونده • ۱۰. در صورت استفاده از پروتز و یا هر گونه جسم خارجی در حین عمل باید فاکتور ارائه‌شده دارای مهر شرکت تجهیزات پزشکی خریداری‌شده، پزشک معالج و پزشک جراح به همراه تأییدیه اتاق عمل باشد و نام وسیله در شرح عمل نیز نام‌برده شده و گرافی قبل و بعد از عمل نیز ارائه شود. • ۱۱. اصل قبوض پرداختی • ۱۲. سایر مدارک ارائه‌شده توسط بیمارستان • ۱۳. سایر مدارک به تشخیص پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر توجه

• ۱. اعمال جراحی که نیاز به تأیید پزشک مورد اعتماد، قبل از عمل جراحی دارند: جهت انجام اعمال جراحی که در زیر آمده است، قبل از انجام عمل جراحی به منظور دریافت تأیید از پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر، ضمن در دست داشتن مدارک مورد نیاز با مسئولان شرکت بیمه تجارت‌نو هماهنگی لازم را انجام دهید: 0 جراحی‌های بینی: گواهی پزشک درمان‌گر مبنی بر نوع و علت بیماری + کلیشه و گزارش سی‌تی‌اسکن یا رادیوگرافی (جراحی زیبایی رینوپلاستی در تعهد نیست) 0 رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک): گواهی پزشک درمان‌گر مبنی بر نوع و علت بیماری + برگه اپتومتری با ذکر نمره چشم کامپیوتری 0 جراحی چشم شامل افتادگی پلک، استرابیسم (انحراف چشم): گواهی پزشک درمان‌گر مبنی بر نوع و علت بیماری + معاینه توسط پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر +

گزارش پریمتری 0 هرنی شکمی: گواهی پزشک درمان گر مبنی بر نوع و علت بیماری + معاینه توسط پزشک مورد اعتماد بیمه گر + سونوگرافی 0 کلیه جراحی های پلاستیک: گواهی پزشک درمان گر مبنی بر نوع و علت بیماری + معاینه توسط پزشک مورد اعتماد بیمه گر 0 جراحی های چاقی مفراط: معاینه بالینی توسط پزشک مورد اعتماد 0 بیماری های اعصاب و روان: گواهی پزشک درمان گر مبنی بر نوع و علت بیماری (با مهر پزشک مربوطه)

• 2. نحوه دریافت خدمات پاراکلینیکی: 0 الف) در صورتی که محل مراجعه یکی مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه تجارت نو باشد: بیمه شده می تواند با معرفی نامه بیمه تجارت نو به بیمارستان مراجعه کند. 0 ب) در صورتی که محل مراجعه سایر مراکز درمانی طرف قرارداد باشکرت بیمه تجارت نو نباشد: جهت دریافت هزینه های پاراکلینیکی ارائه مدارک زیر الزامی است: 1 0. دستور پزشک درمان گر مبنی بر انجام هزینه سرپایی و تشخیصی دارای مهر پزشک 2 0. اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه دارای مهر مرکز درمانی 3 0. تصویر نتیجه یا جواب هزینه سرپایی و تشخیصی

تعهدات و حق بیمه تفاهم نامه فی مابین :

مشاهده طرح های بیمه درمان تکمیلی سازمان فنی و حرفه ای

ردیف	تعهدات	طرح یک	طرح دو	طرح سه	طرح چهار
1	هزینه های بیمارستانی	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف
2	هزینه های زایمان و نازائی	بدون سقف	200 میلیون	150 میلیون	80 میلیون
3	جبران هزینه های پاراکلینیکی	بدون سقف	بدون سقف	150 میلیون	60 میلیون
4	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری چشم (سه دیوپتر بیشتر)	بدون سقف	80 میلیون	50 میلیون	40 میلیون
5	هزینه های امبولانس درون شهری	50 میلیون	50 میلیون	20 میلیون	10 میلیون
6	هزینه های امبولانس بیرون شهری	80 میلیون	80 میلیون	30 میلیون	20 میلیون
7	ویزیت	80 میلیون	50 میلیون	20 میلیون	-
8	دارو	80 میلیون	60 میلیون	30 میلیون	
9	عینک طبی	15 میلیون	15 میلیون		
10	جبران هزینه های دندانپزشکی (بجز زیبایی)	100 میلیون			
11	هزینه های اروتز و پروتز	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف
12	بیماری های خاص	بدون سقف	بدون سقف	80 میلیون	400 میلیون
13	سمعک	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف
14	فرانشیز	10 درصد	10 درصد	10 درصد	10 درصد
14	حق بیمه هر نفر ماهیانه	10,379,000 ریال	7,429,000 ریال	6,050,000 ریال	3,540,000 ریال

اختلاف تعهدات با یکدیگر :

طرح یک: تعهدات پاراکلینیکی و بیمارستانی بدون سقف و طرح شامل: دندانپزشکی، عینک، ویزیت و دارو،

طرح دو: تعهدات پاراکلینیکی و بیمارستانی بدون سقف، ویزیت و دارو، عینک شامل می شود و طرح دو شامل دندانپزشکی نمی باشد

طرح سه: تعهدات بیمارستانی بدون سقف، تعهدات پاراکلینیکی تا ۱۵۰ میلیون ریال، ویزیت و دارو می باشد و شامل دندانپزشکی و عینک طبی نمی باشد

طرح چهار: تعهدات بیمارستانی بدون سقف و تعهدات پاراکلینیکی تا ۶۰ میلیون ریال می باشد و شامل دندانپزشکی، عینک طبی، ویزیت و دارو نمی باشد