

آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی

ژیلا خلیل نژاد
ارزیاب رسمی بیمه مرکزی
بهار ۱۴۰۱

آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی

ماده ۱ - اساس بیمه نامه : این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه گر و بیمه گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است .

بر اساس ماده ۱، مشخص می گردد که قانون بیمه بر تمام آیین نامه ها، از جمله آیین نامه درمان احاطه داشته و مفاد آیین نامه درمان نباید مغایرتی با قانون بیمه داشته باشد. چنانچه موضوعی در آیین نامه درمان پیش بینی نشده باشد، قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ حاکم خواهد بود.

ماده ۲- تعاریف

موضوع بیمه درمان (بیماری)

موضوع بیمه درمان تامین و جبران هزینه های درمانی (اعم از سرپایی یا بستری) است که بر اثر بروز بیماری یا وقوع حوادث برای بیمه شده ضرورت پیدا می کند. بنابراین هزینه های درمان خواه ناشی از بیماری یا حوادث باشند مورد تامین قرار می گیرند.

حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی یا فوت بیمه شده شود.

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

بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند.

بیمه تکمیلی درمان (مازاد درمان): یکی از پوشش های متداول بیمه درمان، بیمه تکمیلی درمان است که هزینه های مازاد بر تعرفه های بیمه های اجتماعی (مانند بیمه سلامت یا تأمین اجتماعی) را طبق شرایط قرارداد (بیمه نامه) تحت پوشش قرار می دهد. در واقع موضوع بیمه درمان تکمیلی، جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

بیمه گذار: شخصی است حقیقی یا حقوقی که مشخصات وی در بیمه نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.

حق بیمه شناور: وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه گر برآورد میشود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه گذار اعلام میگردد.

مدت بیمه: مدت بیمه معادل یکسال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج میگردد.

گروه بیمه شدگان:

- الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.
- ب- ارایه پوشش بیمه درمان به سایر گروه ها (از قبیل اصناف، اتحادیه ها و انجمن ها) به این شرط مجاز است که بیمه گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه بطور همزمان بیمه شوند.

تبصره های گروه الف:

تبصره ۱- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۳- بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه میتواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

تبصره ۴- رایه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه گر بلامانع میباشد.

افراد تبعی یک عبارت اند از:

- ۱ - همسر اول بیمه شده اصلی مرد،
- ۲ - فرزندان دختر بیمه شده اصلی مرد تا زمان ازدواج یا اشتغال،
- ۳ - فرزندان پسر بیمه شده اصلی مرد تا سن ۲۲ سالگی، یا ازدواج یا اشتغال. فرزندان پسر بیمه شده اصلی مرد در صورت تحصیل تا سن ۲۵ سالگی
- ۴ - فرزندان محجور (طبق رای دادگاه) بیمه شده اصلی مرد بدون محدودیت سنی،
- ۵ - فرزندان بیمه شده زن که تحت تکفل وی می باشند، مشابه شرایط فرزندان بیمه شده اصلی مرد
- ۶ - فرزندان اناث مطلقه به شرط عدم اشتغال و کفالت در گروه تبعی
- ۷ - همسر بیمه شده اصلی زن که طبق رای دادگاه تحت تکفل وی باشد.

افراد تبعی دو عبارت اند از :

- ۱ - همسر دوم به بعد بیمه شده اصلی مرد
- ۲ - همسر کارمند اصلی زن در شرایط عادی و بدون کفالت از طریق بیمه شده اصلی
- ۳-- فرزندان کارمند اصلی زن در شرایط عادی و بدون کفالت از طریق بیمه شده اصلی

افراد تبعی سه عبارت اند از:

- ۱ - فرزندان مذکر یا مونث بیمه شده اصلی مذکر یا مونث که تحت تکفل بیمه شده اصلی نباشند.
- ۲ - پدر و مادر بیمه شده اصلی مذکر یا مونث
- ۳ - پدر و مادر همسر بیمه شده اصلی مذکر یا مونث
- ۴ - خواهران و برادران مجرد بیمه شده اصلی مذکر یا مونث
- ۵ - خواهران و برادران مجرد همسر بیمه شده اصلی مذکر یا مونث
- ۶ - پدر بزرگ و مادر بزرگ بیمه شده اصلی مذکر یا مونث
- ۷ - ناپدری و نامادری بیمه شده اصلی مذکر یا مونث
- ۸ - عروس، داماد و نوه بیمه شده اصلی مذکر یا مونث
- ۹ - فرزند خوانده بیمه شده اصلی مذکر یا مونث، یا فرزند خوانده همسر وی
- ۱۰ - فرزندان حاصل از ازدواجهای قبلی هر یک از والدین (خواهر و برادر ناتنی) بیمه شده اصلی مذکر یا مونث

فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط قرارداد (بیمه نامه) تعیین می شود.

سهم بیمه پایه: قسمتی از تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی که بیمه پایه در قبال ارائه اینگونه خدمات از سوی مراکز طرف قرارداد، به آنها پرداخت می نماید.

دوره انتظار : دوره ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

- دوره انتظار طبق آیین نامه بیمه مرکزی مخصوص هزینه های زایمان (۹ ماه) می باشد. لیکن بر اساس شرایط اختصاصی قرارداد بیمه درمان ممکن است برای برخی از بیماریهای مزمن و از قبل موجود (بنا به تشخیص و تعیین بیمه گر) دوره انتظار با مدت مشخص تعیین گردد.
- چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد .

تعرفه: نرخ خدمت یا کالای خاصی است که بر اساس ملاحظات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی و در راستای ایجاد فرهنگ خاصی در جامعه یا تحصیل هدف مشخصی تعدیل می گردد.

انواع تعرفه

- تعرفه بخش دولتی
- تعرفه بخش عمومی غیر دولتی
- تعرفه بخش خیریه
- تعرفه بخش خصوصی

بیمارستانهای دولتی دانشگاهی: وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی سطح کشور بوده و در قالب مراکز آموزشی، درمانی علاوه بر ارائه خدمت به بیماران اقدام به آموزش دانشجویان و دستیاران رشته های مختلف پزشکی و پیراپزشکی نموده که بیشترین مراکز طرف قرارداد بیمه های پایه را تشکیل می دهند. این مراکز مجاز به دریافت تعرفه دولتی از بیمه شدگان بوده و معاف از پرداخت مالیات می باشند. اعضاء هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی در این مراکز فعالیت نموده و از تعرفه های خاص خود برخوردار می گردند. این مراکز تحت نظر حوزه معاونت درمان دانشگاههای علوم پزشکی فعالیت نموده و دستورالعمل های صادره از سوی وزارت بهداشت و شورایعالی بیمه سلامت برای آنها لازم الاجرا می باشد.

بیمارستانهای دولتی غیر دانشگاهی و عمومی غیر دولتی: شامل مراکزی می گردند که وابسته به ارگانهای دولتی غیر از دانشگاههای علوم پزشکی می باشند؛ از قبیل سازمان تأمین اجتماعی، بانکها، وزارت نفت و هلال احمر، ارتش، سپاه ، نیروی انتظامی و بسیج ، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشگاه شاهد، جهاد دانشگاهی، شهرداریها، آموزش و پرورش، بنیاد شهید، کمیته امداد، وزارت دادگستری ، صدا و سیما ، وزارت صنعت، معدن و تجارت ، بنیاد امور بیماریهای خاص.

بیمارستانهای خیریه: وابستگی آنها به ارگانها و بنیادهای خیریه بوده و مجاز به دریافت تعرفه های مصوب بخش خیریه می باشند. بر اساس مصوبه هیئت وزیران در هر سال و مفاد قرارداد (در صورت عقد قرارداد با این مراکز) ملاک پرداخت بیمه های پایه، همچنان تعرفه دولتی بوده و اخذ ما به التفاوت بر اساس مصوبه هیئت وزیران و مفاد قرارداد تعرفه های دولتی و خیریه از بیمه شدگان در این مراکز قانونی می باشد.

بیمارستانهای خصوصی : وابستگی آنها به بخش خصوصی و مجاز به دریافت تعرفه های مصوب بخش خصوصی می باشند. بر اساس مصوبه هیئت وزیران در هر سال و مفاد قرارداد (در صورت عقد قرارداد با این مراکز) ملاک پرداخت بیمه های پایه، همچنان تعرفه دولتی بوده و اخذ ما به التفاوت بر اساس مصوبه هیئت وزیران و مفاد قرارداد تعرفه های دولتی و خصوصی از بیمه شدگان در این مراکز قانونی می باشد.

بستری: به کلیه مواردی که بیمار بر اساس دستور پزشک، نیازمند بستری بالای ۶ ساعت، با تشکیل پرونده بستری و به منظور درمان طبی یا جراحی و یا هر دو باشد؛ اطلاق می گردد مشروط بر آن که با توجه به نوع اقدامات درمانی، بستری شدن الزامی باشد و هزینه های وی به تفکیک سرفصل ها در ردیف هزینه های بستری ثبت می گردد.

چنانچه بیمار نیاز به عمل جراحی، اتاق عمل (غیر از اتاق عمل سرپایی) بیهوشی داشته باشد؛ حتی در صورت اقامت کمتر از ۶ ساعت، بیمار بستری تلقی می گردد.

.

Day Care: به اعمال جراحی اطلاق میشود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

اغلب این جراحی ها نیازمند انجام جراحی در شرایط مشابه بیمارستانی هستند، ولی چند ساعت پس از انجام جراحی امکان ترخیص بیمار وجود دارد. به نحوی که لازم نیست بیمار بستری گردد.

درمان تحت نظر (بیماران زیر ۶ ساعت): بیماران بستری موقت (تحت نظر) شامل بیمارانی می شوند که در اورژانس بیمارستان به مدت زمان کمتر از ۶ ساعت تحت نظر می باشند.

خسارت اعلام شده: مبلغ پرداخت شده از سوی بیمه شده.

خسارت ارزیابی شده : مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین میگردد .

خسارت قابل پرداخت: خسارت درمان قابل پرداخت پس از اعمال فرانشیز یا سهم بیمه گر پایه و لحاظ نمودن سقف تعهدات

تعدیلات (کسورات): میزان هزینه ای که به علت خدمات انجام نشده و یا عدم انطباق مدارک و مستندات با تعهدات، ضوابط و تعرفه ها مصوب اعلام شده، از مبلغ درخواستی مرجع کسر می شود.

اسناد هزینه درمان : به کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی - درمانی به بیماران در بیمارستانها و یا مراکز تشخیصی - درمانی تهیه می گردد؛ گفته می شود. این اسناد به دو گروه سرپائی و بستری تقسیم می گردد.

هزینه مستقیم: در این حالت، بیمار رأساً و با هزینه شخصی به مراجع طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد مراجعه و هزینه ها را پرداخت نموده و سپس صورتحساب و ضمائم را جهت رسیدگی، شخصاً یا از طریق بیمه گزار تحویل بیمه تکمیلی می نماید.

هزینه غیر مستقیم: در این حالت، بیمار به مراجع طرف قرارداد مراجعه نموده و سپس صورتحساب و ضمائم از طرف مراجع طرف قرارداد جهت رسیدگی، تحویل بیمه تکمیلی می گردد.

ماده ۳- پوششهای قابل ارایه عبارت است از:

- الف- پوششهای اصلی (پایه):
- ب پوششهای اضافی

بیمه گر میتواند با دریافت حق بیمه اضافی پوشش های اضافی را حسب توافق با بیمه گذار تحت پوشش قرار دهد

الف- پوششهای اصلی (پایه):

- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود .
- هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستانها)
- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج .

ب- پوششهای اضافی:

۱ - افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوششهای اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز

۲- جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده (تعهد پایه).

تبصره ۱ - دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است .
تبصره ۲ - چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

در یک طبقه بندی زایمان به دو روش زایمان طبیعی و زایمان سزارین انجام میشود.

زایمان سزارین نیز خود شامل دو گروه اصلی قرار است:

سزارین درمانی: که به دلیل مشکلات مادر یا جنین و با دلایل پزشکی سزارین اجتناب ناپذیر است؛

سزارین انتخابی: که با تصمیم و انتخاب مادر انجام میشود.

۳- جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF، تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده (تعهد پایه).

نکته: دریافت پوشش نازایی مشروط بر دریافت پوشش زایمان در آیین نامه ۹۹ حذف شده است. به عبارتی بیمه گذار می تواند بدون درخواست پوشش زایمان، پوشش نازایی را به صورت مستقل درخواست کند (برخلاف آیین نامه ۷۴).

۴- هزینه های پاراکلینیکی :

۴-۱ - پاراکلینیکی ۱

جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۴-۲- پاراکلینیکی ۲

جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری) و PFT، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی) (انواع ادیومتری) تا ۲۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده

۴-۳- آزمایش

جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۴-۴- غربالگری جنین

جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوششهای اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

نکته: سونوگرافی های جنین از سقف سونوگرافی عادی (پاراکلینیکی یک) قابل پرداخت است.

۴-۵- توانبخشی

جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

نکته: خدمات نوروفیدبک، بیوفیدبک و طب سوزنی جز خدمات این بند نبوده و باید به نام خریداری شوند.

تبصره - تجميع تعهدات هر يك از بندهای ۱-۴ تا ۵-۴ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجميعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوششهای اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

بیماری روانپریشی (جنون)

جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماریهای روانپریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوششهای اصلی سالیانه هر بیمه شده (تعهد پایه).

تبصره ۱ - هزینه نگهداری بیماران روانپریش تحت پوشش نیست.

پوشش دارو و ویزیت:

جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه .

پوشش دندانپزشکی :

جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره- هزینه های دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط شورایعالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و ابلاغ میشود.

پوشش عینک

جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوششهای اصلی سالیانه برای هر بیمه شده .

لیزیک

جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوششهای اصلی سالیانه برای هرچشم بیمه شده .

سمعک

جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوششهای اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

جراحی سرپایی (پاراکلینکی ۳)

جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده .

تبصره- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین میشود.

اروتز

هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده .

تبصره- سندیکای بیمه گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ میکند.

تهیه اعضای طبیعی

جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

ماده ۴- حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش های اصلی سالیانه موضوع ماده ۳، باید توسط بیمه گر در بیمه نامه درج شود .

ماده ۵- در صورتی که تعهدات پوشش های اصلی نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش های اضافی نیز میتواند نامحدود در نظر گرفته شود.

ماده ۶- تعهد پوشش های اضافی مربوط به بند ب ماده ۳، مازاد بر سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه است .

ماده ۷ - اصل حسن نیت: بیمه گذار 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 گذار 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 گذار 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 میشود 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 ۸ - فرانشیز

۱ - فرانشیز هزینه های 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 و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد .

بیمه گر میتواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی بیمه و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد .

۲ - در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد. 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 ۹ - پرداخت حق بیمه: بیمه گذار 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.

ماده ۱۰ - بیمه گذار یا بیمه شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کند.

ماده ۱۱- بیمه گذار 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 کند. 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 ۱۲- 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 ۱۳- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است .

ماده ۱۴ - استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه گر نیست :

۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میشود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد .

۲ - عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد .

۳ - سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج .

۴ - ترک اعتیاد .

۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روانگردان 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 آتشفشان .

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 در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم **کمتر از ۳ دیوپتر** باشد.

۱۷- کلیه هزینه های پزشکی که در **مراحل تحقیقاتی** بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

تبصره - بیمه گر می تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۵- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستانهای داخل کشور آزاد است. در که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد.

در صورتیکه بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر 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 انجام شده را به بیمه گر تحویل شود، این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی -درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهند شد .

ماده ۱۶- 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 ۱۷- 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 ۲۰ - هزینه های پزشکی و بیمارستانی 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 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 تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گرمحاسبه و پرداخت می شود .

تبصره - میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلا مشده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۲۱ - فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار میتوانند 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 گذار 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 گذار با افزایش حق بیمه.

ب- موارد فسخ ازطرف بیمه گذار :

- ۱ - در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲ - انتقال پورتهوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هردلیل .
- ۳ - در صورت توقف فعالیت بیمهگذار 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 گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار فسخ شده تلقی میگردد .
- ۲ - بیمه گذار میتواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی میگردد .

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :

- ۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه میشود .
- ۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه میشود(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 گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر میتواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند .

ماده ۲۲ - 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 ۲۳ - هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود .

ماده ۲۴ - ارجاع به داوری: بیمه گر یا بیمه گذار میتوانند 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 میتوانند 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 میکند.

داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری میکنند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را میپردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم میشود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

ماده ۲۵ - بیمه گر مشروط به رعایت ضوابط زیر میتواند بیمه نامه درمان خانواده و یا بیمه نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، ارایه نماید :

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسشنامه سلامتی ارایه شده توسط بیمه گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند.
سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام میشود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه گر میتواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسشنامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارایه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماریهایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند .

تبصره: بیمه گر میتواند مشروط به اخذ پرسشنامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

ماده ۲۶ - بیمه مرکزی ج.ا. ایران میتواند با ارایه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین نامه ذکر نشده است و همچنین ارایه پوشش بیمه به گروه هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل میشوند، موافقت کند .

ماده ۲۷ - بیمه گر مجاز به ارایه پوشش خارج از موارد پیش بینی شده در این آیین نامه و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا.ایران تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمیل درمان و عناوین مشابه نمی باشد .

ماده ۲۸ - موسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا. ایران ابلاغ خواهد شد میتواند بیمه نامه با حق بیمه شناور صادر نماید .

ماده ۲۹ - دستورالعمل نحوه رسیدگی به اسناد هزینه های تشخیصی درمانی و الکترونیکی کردن تبادل اطلاعات مربوط به ارزیابی و رسیدگی به اسناد هزینه های موضوع این آیین نامه حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین نامه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و پس از تایید بیمه مرکزی ج.ا.ایران به موسسات بیمه ابلاغ خواهد شد .



&

