

اطلاعیه درمانی

ضمن آرزوی توفیق و سلامتی برای تمامی همکاران و خانواده های محترم آنان بدینوسیله با اطلاع میرساند ارائه خدمات درمانی به کارکنان شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان از تاریخ ۹۲/۱۱/۱ بر اساس دستور العمل جدید آیین نامه طرح درمان و به شرح جدول یک الی سه انجام خواهد شد. خواهشمند است همکاران محترم اسناد مرتبط با هزینه های درمانی خود را (دربازه زمانی ۹۲/۱۱/۱ تا ۹۲/۱۲/۲۹) بر اساس فرمت مندرج در جدول شماره ۲ و ۳ و توضیحات ذیل آن از تاریخ ۹۲/۲/۲۰ به اداره اموررفاهی تحویل نمایند. (نمایندگان شهرستانهای تابعه در مورخه ۹۲/۲/۲۴ مراجعه نمایند)

الف) جدول شماره یک: کلیه تعهدات مندرج در ردیف ۱ الی ۶ جدول شماره یک توسط شرکت بیمه گر (بیمه آسیا) انجام میشود.

جدول شماره یک: کمک هزینه بیمارستانی (عمومی و تخصصی) در تعهد بیمه تکمیلی (بیمه آسیا)

| ردیف | نوع تعهد | مبلغ تعهدات سالانه بیمه گر (هر نفر) | فرانشیز تعهدات |
|------|--|---|----------------|
| 1 | جبران هزینه های بستری، جراحی، آنژیوگرافی قلب، آنژیوپلاستی و ولوپلاستی، انواع سنگ شکن، لیزر درمانی در حین عمل و بستری بیمار، انواع بیماریهای اعصاب و روان در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین، هزینه های درمان نازائی و نازاری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط - ZIFT-GIFT-IVF-IUI-ITSC و میکروانجکشن | ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | ٪۲۰ |
| 2 | هزینه جراحی تخصصی شامل: جراحیهای مغز و اعصاب مرکزی و نخاع باستثنای دیسک ستون فقرات (قلب و گامانایف و پیوند مغز استخوان) | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | ٪۲۰ |
| 3 | جبران هزینه ی تجهیزات و لوازم پزشکی مانند استنت، پیس میکر، انواع پروتز، کلیه لوازم اتاق عمل و تجهیزات مورد نیاز جراحی و لنز های داخل چشمی در اعمال جراحی مانند کاتاراکت | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | بدون فرانشیز |
| 4 | هزینه های بستری بیماران خاص و صعب العلاج شامل بیماران سرطانی، هموفیلی، تالاسمی، پیوند های کبد، کلیه، ریه، قلب، چشم، ام اس، هپاتیت B-C پارکینسون، دیالیز، آلزایمر، دیابت نوع اول، ایدز، تحلیل عضلات، نقص سیستم ایمنی بدن، شیمی درمانی (در مطب و بیمارستان) رادیوتراپی، صرع | بدون سقف | ٪۲۰ |
| 5 | جبران هزینه رفع عیوب انکساری دید دو چشم (بانقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر) برای هر چشم نصف سقف مندرج جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردیکه به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم (درج نزدیک بینی یا دور بینی باضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای هر بیمه شده | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | ٪۲۰ |
| 6 | آمیولانس (مشروط به بستری بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج) | داخل شهری: ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بین شهری: ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | ٪۲۰ |

۱) تعهدات جدول شماره یک در قالب قرارداد با بیمه تکمیلی (شرکت بیمه آسیا) خواهد بود

۲) حق سرانه بیمه تکمیلی به ازاء هر نفر ۱۱۵/۰۰۰ ریال می باشد

۳) ۶۰٪ حق سرانه بیمه تکمیلی درمان کارمند و افراد تحت تکفلشان به عهده شرکت و ۴۰٪ آن به عهده کارمند خواهد بود

۴) ۱۰۰٪ حق سرانه بیمه تکمیلی درمان افراد تحت تکفل خانواده معظم شهدا و ایثارگران (جانبازان، اسراء، مفقودین، رزمندگان

با حداقل ۶ ماه حضور در جبهه های حق علیه باطل) به عهده شرکت می باشد

۵) ۱۰۰٪ حق سرانه بیمه تکمیلی درمان و ارزش افزوده افراد غیر تحت تکفل به عهده کارمند خواهد بود

۶) به مبلغ فوق ۶٪ مالیات ارزش افزوده در سال ۸۹ و ۸٪ در سال ۹۳ اضافه خواهد شد

۷) سقف تعهدات ردیف ۲ جدول فوق با احتساب ردیف ۱ خواهد بود

۸) سقف تعهدات ردیف ۶ جدول از محل ردیف ۱ خواهد بود

۹) مدارک لازم جهت بند ۳ عبارتند از: الف - فاکتور ممهور به مهر پزشک، اتاق عمل، کارشناس بیمه - ب - کپی برابر با اصل برگه

بیهوشی و برگ شرح عمل *

۱۰) مدارک لازم جهت بند ۴ عبارتند از: گواهی پزشک مبتنی بر تعیین نوع بیماری - جواب پاتولوژی

جدول شماره ۲ کمک هزینه درمان سرپای و پاراکلینیکی قابل پرداخت توسط شرکت مخابرات (ارقام به ریال)

| ردیف | نوع بیماری | درصد تعهدات | سقف تعهدات به ازاء هر نفر - ریال | دفعات استفاده | مدارک مورد نیاز |
|------|--|-------------|--|--|--|
| 1 | کمک هزینه درمان سرپای و اقدامات تشخیصی (آزمایش، رادیولوژی اسکن و غیره) | ۷۰% | ۸,۰۰۰,۰۰۰ | در طول یکسال | الف) دارو: نسخه پزشک مهور به مهر پزشک و داروخانه با مبالغ و متن خوانا و مشخص ب) جهت هزینه های پاراکلینیکی اصل فاکتور، + نسخه پزشک و کپی جواب |
| 2 | کمک هزینه دارویی بیماران خاص و صعب العلاج مندرج در ردیف ۴ جدول شماره یک | ۸۰% | بدون سقف | بدون محدودیت | نسخه پزشک مهور به مهر پزشک معالج و داروخانه و گواهی پزشک مبنی بر تأیید بیماری خاص و نوع و تعداد داروی مورد نیاز * |
| 3 | گفتار درمانی، کار درمانی | ۷۰% | ۷,۰۰۰,۰۰۰ | در طول یکسال | دستور پزشک معالج + اصل فاکتور مهور به مهر مرکز درمانی |
| 4 | تجهیزات و لوازم مصرفی مستمر و مورد نیاز بیماران غیربستری و کمک توانبخشی مانند نوار تست قندخون پوشک بیماران زمین گیر، سرنگ انسولین کیسه کلتومی سوند، یورین بک مواردی که مورد تأیید پزشک معالج و معتمد باشد. | ۷۰% | ۷,۰۰۰,۰۰۰ | در طول یکسال | گواهی پزشک معالج مبنی بر نیاز بیمار + اصل فاکتور مهور به مهر مرکز درمانی |
| 5 | دستگاه اکسیژن ساز، ویلچر، تشک طبی موج | ۷۰% | ۷,۰۰۰,۰۰۰ | سه بار در طول خدمت به فاصله ۵ سال | دستور پزشک مبنی بر نیاز بیمار + اصل فاکتور خرید |
| 6 | فیزیوتراپی (لیزر فیزیوتراپی و کارپو پراکتیک) | ۷۰% | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | در طول یکسال | دستور پزشک + فاکتور مرکز درمانی |
| 7 | خرید اعضای پیوندی و مصنوعی | ۷۰% | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲ بار در طی خدمت | گواهی پزشک معالج مبنی بر نیاز بیمار + فاکتور خرید لوازم یا تأییدیه هیئت امنای مرکز اهداء کننده عضو |
| | نگهداری بیماران اعصاب و روان و مغز | ۷۰% | ۱,۰۰۰,۰۰۰ | ماهانه یکبار | گواه. پزشک معالج + اصل فاکتور (در صورت تکه) |
| | | ۷۰% | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | ماهانه یکبار | |
| | | ۷۰% | ۱,۰۰۰,۰۰۰ | ماهانه یکبار | |
| | | ۷۰% | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | ماهانه یکبار | |
| | نگهداری و آموزش | ۷۰% | ۱,۰۰۰,۰۰۰ | ماهانه یکبار | |
| | | ۷۰% | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | ماهانه یکبار | |
| 9 | عینک طبی | ۱۰۰% | ۷۰۰,۰۰۰ | هر سه سال یکبار | دستور پزشک - فاکتور عینک سازی (صورت مراجعه به اپتومتر است پرینت تعیین نمره چشم کامپیوتری به نام بیمار. |
| 10 | سمعک | ۱۰۰% | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۳ بار در طول خدمت به فاصله ۳ سال از آخرین پرداخت | دستور پزشک با ذکر نوع سمعک + گواهی سنجش شنوایی + فاکتور خرید |
| 11 | ویزیت و مشاوره تخصصی | ۱۰۰% | تا سقف تعرفه وزارت بهداشت و درمان در بخش خصوصی از محل بند یک | در طول یکسال | اصل گواهی پزشک معالج مبنی بر مبلغ دریافتی |

جدول شماره ۳: کمک هزینه درمان خدمات دندانپزشکی قابل پرداخت توسط شرکت مخابرات

| ردیف | نوع بیماری | درصد تعهدات | سقف تعهدات به ازاء هر نفر | دفعات استفاده | مدارک مورد نیاز |
|------|--|-------------|---------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| ۱ | جرم گیری ، پروساز ، کشیدن و کلیه امور متفرقه عمومی دندان | ٪۷۰ | ۵۰۰,۰۰۰ | در طول یکسال | اصل فاکتور یا صورتحساب |
| ۲ | جراحی لثه و فک و دهان | ٪۷۰ | ۱,۵۰۰,۰۰۰ | در طول یکسال | |
| ۳ | روت کانال و ترمیم دندان | ٪۷۰ | ۲,۵۰۰,۰۰۰ | در طول یکسال | |
| ۴ | ارتودنسی | ٪۷۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | یکبار برای هر فرزند | |
| ۵ | ایمپلنت - پروتز | ٪۷۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۳ بار در طول خدمت به فاصله دو سال | |

۱- سقف تعهدات جداول شماره ۲ و ۳ در چارچوب دستور العمل مصوب کمک هزینه طرح درمان راسا توسط شرکت قابل پرداخت خواهد بود.

۲- کلیه نسخ هزینه درمان جداول فوق (به استثناء هزینه عینک) پس از بررسی و تأیید پزشک معتمد شرکت قابل پرداخت خواهد بود.

۳- ملاک پرداخت هزینه عینک پس از گذشت سه سال از آخرین تاریخ دریافت آن خواهد بود (فاصله ایجاد شده طی یک سال قبل از تاریخ ۸۸/۱۱/۱ لغایت ۳۰/۱۰/۹۲ جزء سابقه سه سال محسوب نخواهد شد)

۴- کلیه فاکتورها و صورتحسابها می بایست دارای تاریخ، مهمور به مهر و امضاء صادر کننده آن باشد.

۵- ارایه عکس دندان (گرافی) برای بند های ۲، ۳، ۴، ۵ جدول شماره ۳ الزامی است.

۶- ۱۰۰٪ هزینه های درمانی خانواده شهدا و هزینه درمان خاص جانبازان (هزینه ناشی از مجروحیت) با رعایت سایر مفاد این دستورالعمل و پس از تایید پزشک معتمد و اخذ صورت سانحه عضو ضایعه دیده تا سقف تعهدات جداول مذکور قابل پرداخت میباشد.

۷- مدارک لازم جهت تکمیل پرونده بند ۲ جدول شماره ۲: ارائه گواهی پزشک مبتنی بر تعیین نوع بیماری - مقدار مصرف دارو و مدت زمان مصرف و کپی از جواب پاتولوژی مبنی بر داشتن بیماری.

تذکر مهم: همکاران محترم در صورت نیاز به بستری در بیمارستانهای توانمند با به همراه داشتن دستور پزشک مبنی بر بستری _ دفترچه _ کارت ملی بیمار و کارت ویژه درمان به شرکت بیمه آسیا واقع در کیانپارس، روبروی شرکت آب و فاضلاب - جنب پل هوآئی عابر پیاده مراجعه و معرفی نامه بیمارستانی دریافت نمایند. (در شهرستانهای دارای نمایندگی بیمه آسیا جهت دریافت معرفی نامه به مرجع مذکور مراجعه گردد)

اداره امور رفاهی