

## بیمه درمان تکمیلی

### کارت طلایی درمان:

این کارت به منظور رفع پریشانی خاطر و استرس بیمه شدگان و اطرافیان ایشان در مواقع بروز بیماری و حوادث، طراحی و در اختیار هر یک از بیمه شدگان قرار می گیرد، تا در اینگونه موارد با اطمینان خاطر از نبود مشکلات مالی و رفع دغدغه های احتمالی صرفاً به فکر بهبودی و سلامت خود و عزیزانشان باشند. این کارت در کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد معتبر بوده و بیمه شدگان در طول شبانه روز و با ارائه این کارت می توانند از خدمات بستری در مراکز مذکور بدون هیچگونه محدودیت سقف تعهد و یا پرداخت فرانشیز و هزینه های خارج از تعهد استفاده نمایند. (هزینه های مورد تعهد طبق قرارداد فیما بین، توسط بیمه دانا تامین گردیده و هزینه های خارج از تعهد بعد از تریخیصی در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه دانا از بیمه شدگان توسط اداره رفاه کارکنان دریافت می شود).

### سیستم مشاوره و ارجاع:

این سیستم برای اولین بار در شرکت بیمه دانا و به منظور راهنمایی بیمه شدگان در زمینه های مختلف درمانی اطلاع از مفاد قراردادهای فیما بین، راهنمایی های اختصاصی به بیمه شدگان ارائه اطلاعات در خصوص امکانات مراکز درمانی طرف قرارداد و همچنین کاهش هزینه ها و اتلاف وقت بیمه شدگان طراحی گردیده و این عزیزان می توانند بر راحتی و طی تماس تلفنی در ساعات اداری (تلفن مشاوره و ارجاع: ۸۲۴۶۸) اطلاعات مورد نیاز خود را دریافت نمایند.

### سرویس آنکال ۲۴ ساعته پزشکان بیمه دانا:

به منظور استفاده بهینه از خدمات مورد تعهد، پزشکان معتمد بیمه دانا در سراسر کشور آماده پاسخگویی و ارائه مشاوره های درمانی مورد نیاز جهت استفاده از مراکز درمانی متناسب با نیاز بیمار از طریق تلفن های اعلامی (جهت عمل های سرپایی آقای دکتر فتوحی: ۹۱۲۵۲۳۷۷۹۱ و جهت عمل های بیمارستانی آقای دکتر ناظم: ۹۱۲۳۶۱۰۸۰۲) در طول ساعات شبانه روز و در مواقع لزوم هماهنگی های لازم با مراکز درمانی طرف قرارداد جهت بستری بیمه شدگان را فراهم می نمایند.

### موضوع قرارداد بیمه درمان تکمیلی

عبارت است از جبران هزینه های تشخیصی درمانی شامل هزینه های پاراکلینیکی جراحی مجاز سرپایی، سزارین و زایمان طبیعی، درمان طبی و اعمال ناشی از بیماری یا حادثه بیمه شدگان در بیمارستانها و مراکز جراحی محدود Day Care یا بیشتر از ۶ ساعت بستری و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و همچنین هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی در صورتیکه نهایتاً منجر به بستری بیمه شده در بیمارستان گردد. (مازاد سهم سازمانهای بیمه گر اولیه)

### شرایط سنی بیمه شدگان

۱- فرزندان ذکور مجرد حداکثر تا سن ۳۰ سال تمام

۲- فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال بکار تحت پوشش بیمه هستند.

۳- فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال بکار تحت پوشش بیمه می باشند.

۴- نوزادان به محض تولد تحت پوشش قرار می گیرند مشروط بر آنکه حداکثر ظرف مدت یکماه تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقیه برای بیمه دانا ارسال نمایند.

۵- فرزندان معلول جسمی و ذهنی بیمه شدگان ، بدون در نظر گرفتن شرط سنی بیمه خواهند شد .

۶- سایر بیمه شدگان (پدر،مادر) بدون در نظر گرفتن شرایط سنی

۷- کلیه کارکنان مونت می توانند والدین،همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه تحت پوشش بیمه قرار دهند .

تبصره ۱) کارکنان شاغل بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت ،سازمان تامین اجتماعی و یا خدمات درمانی نیروهای مسلح باشند .

**بیمه شدگان :** کلیه کارکنان شاغل (رسمی ، قراردادی و پیمانی ) که به طور تمام وقت به استخدام بیمه گذار می باشند به همراه کلیه افراد خانواده آنها .

**حادثه :** عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و باعث وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد .

**بیماری :** عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک .

**فرانشیز:** درصد معینی از هزینه های درمانی مشمول تعهدات قرارداد است که تامین آن بعهده بیمه شده می باشد .

## تعهدات بیمه دانا

پوشش بیمه ای بیمه دانا جهت بیمه شدگان به منظور جبران هزینه های مورد تعهدات به شرح ذیل ارائه می شود:

فرانشیز	حداکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر برای هر نفر	تعهدات بیمه گر
%۲۰	ریال ۸۰/۰۰۰/۰۰۰	حداکثر تعهدات بیمه گر در هزینه های بستری در بیمارستان، جراحی در بیمارستان، مراکز جراحی محدود و DAY CARE، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن، جراحی دیسک ستون فقرات، پیوند قرنیه چشم  اعمال جراحی DAY CARE به جراحی های اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبتهای بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد.
%۲۰	ریال ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه جراحی تخصصی شامل جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثنای دیسک ستون فقرات) قلب، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، مغز استخوان و گامانایف
%۲۰	ریال ۲۰/۰۰۰/۰۰۰	زایمان (طبیعی و سزارین)
%۳۰	ریال ۱۲/۰۰۰/۰۰۰	هزینه پاراکلینیک شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سسی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکار دیوگرافی، استرس اکو، دانشیومتری، رادیولوژی، آزمایش (باستثنای چکاپ) فیزیوتراپی، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، (اسپیرومتری -PFT) نوار عضله (EMG) نوار مغز (EEG) نوار مئانه (سیستومتری یا سیستوگرام) نوار عصب (NCV) شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسلیز یون لیپوم، بیوپسی، الیزر درمانی (بجز زیبایی) و تخلیه کیست، اورژانس، تمپانومتری، کایرو براتیک، اکوی چشم، اکو اسکن، توپوگرافی
%۳۰	ریال ۵/۰۰۰/۰۰۰ چشم	هزینه مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که درجه نقص بینایی هر چشم ۳/۵ دیوپتر یا بیشتر باشد (پرداخت هزینه های فوق منوط به تایید پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام عمل می باشد)
	ریال ۶۰۰/۰۰۰	جبران هزینه عینک طبی و لنز تماس طبی (هر دو سال یکبار)
%۲۰	ریال ۱۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های داروهای بیماران صعب العلاج صرفا شامل ام اس، کانسر و دیابت از محل تعهدات بند ۱
%۳۰	ریال ۱/۵۰۰/۰۰۰	جهت هزینه ارتروز شامل: bryucc کفش طبی، ویلچر، عصا، واکر، سمعک (جهت دو گوش)
%۳۰	ریال ۱/۵۰۰/۰۰۰	جبران هزینه ویزیت (طبق تعرفه بخش خصوصی)
%۲۰	از محل تعهدات بند ۱	جبران هزینه بستری بیماریهای روانی
%۳۰	ریال ۵/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه داروهای هورمون رشد (قبل از مراجعه به مراکز درمانی با اداره رفاه هماهنگ شود)
%۲۰	ریال ۷/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه نازایی IVF, IUI, GIF, ZIFI (قبل از مراجعه به مراکز درمانی با اداره رفاه هماهنگ شود)
	ریال ۴۵/۰۰۰	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر (مشروط به بستری بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج
	ریال ۹۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های آمبولانس بین شهری (مشروط به بستری بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج

## استثنائات:

موارد ذیل از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

۱- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرید مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۲- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج

۳- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح

۴- حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشفشان

۵- فعل و انفعالات هسته ای میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ

۶- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر

۷- جراحی لثه

۸- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد

۹- ترک اعتیاد

۱۰- هزینه اتاق خصوصی (یکنفره) مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر

۱۱- هزینه همراه بین ۷ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر

۱۲- بیماریهای سایکوتیک (روانی) مگر ناشی از حادثه باشد (منظور آندسته از بیماریهایی است که بیمار نسبت به خویش بینش نداشته باشد)

۱۳- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده

۱۴- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی، دوربینی، به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۴ دیوپتر باشد.

۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی

۱۶- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدیون و اعلام نگردیده است.

۱۷- جنون

۱۸- هزینه مشمولان غایب و سربازان فراری

۱۹- هزینه چک آپ

۲۰- هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی

## سایر شرایط:

۱- در مورد حادثه تصادف با وسایط نقلیه چنانچه بیمه شده مقصر حادثه باشد با ارائه مدارک موردنیاز از جمله گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران هزینه های درمانی طبق مفاد قرارداد بررسی و پرداخت می شود.

۲- چنانچه بیمه شده مقصر حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده غیرقابل پرداخت می باشد.

۳- چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد هزینه های درمان وی می بایست از طریق مقصر حادثه جبران شود.

## نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور

بیمه شدگان در انتخاب پزشکان و بیمارستانهای مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود:

الف: بیمه شدگان در صورت تمایل به استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد می توانند ضمن مراجعه به شرکت بیمه دانا و ارائه مدارک مربوطه، معرفینامه لازم را جهت استفاده از بیمارستان دریافت دارند.

ب: بیمه شدگان در استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و تحویل اصل اسناد به سازمان بیمه گر اولیه، تصویر اسناد و چک سازمان خدمات درمانی و تامین اجتماعی در صورت بستری شدن را به بیمه دانا ارائه و نسبت به دریافت مازاد هزینه ها اقدام خواهند نمود.

توجه: تعهدات بیمه دانا در مورد بیمارانی که با معرفینامه کتبی بیمه دانا از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده می نمایند برابر صورتحسابهای فوق الذکر مورد رسیدگی و تسویه قرار می گیرد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفینامه به مراکز طرف قرارداد و یا به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، هزینه های مورد تعهد حداکثر بر اساس درجه بندی بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد با بیمه دانا و رعایت تعرفه های مصوب هیات دولت و آئین نامه های بیمه مرکزی و سایر مفاد قراردادهای فی ما بین محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود.

ج: بیمه شدگان می بایست در صورت بستری در مراکز طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد مراتب بستری خود را قبل از ترخیص به اطلاع بیمه دانا برسانند.

تبصره: بابت انجام هرگونه عمل جراحی در مطب هزینه ای پرداخت نمی شود.

## نحوه استفاده از خدمات بیمه دانا

الف: مراکز درمانی و تشخیصی طرف قرارداد با بیمه دانا:

شرکت بیمه دانا در تهران و سایر استانها با اکثر مراکز درمانی و تشخیصی خصوصی و دولتی طرف قرارداد می باشد بیمه شدگان گرامی جهت استفاده از خدمات این مراکز چنانچه دارای کارت طلایی درمان میباشند می توانند مستقیماً به مراکز مذکور مراجعه و بدون پرداخت هیچگونه وجهی از خدمات مورد نیاز استفاده نمایند در غیر این صورت می بایست قبل از مراجعه به مراکز درمانی و یا در حین بستری (حداکثر تا قبل از ترخیص) به یکی از شعب این بیمه دانا در سراسر کشور مراجعه و نسبت به اخذ معرفی نامه اقدام نمایند.

توجه: در موارد اورژانس خارج از ساعات اداری یا ایام تعطیل بیمه شدگان می توانند با ارائه کارت درمان تکمیلی بیمه دانا نسبت به بستری بیمار خود اقدام و بلافاصله در اولین روز اداری نسبت به اخذ معرفی نامه اقدام نمایند.

## لیست مراکز درمانی :

جهت آگاهی از آخرین لیست بیمارستانها و هرگونه اطلاعات بیشتر به سایت بیمه دانا ([www.dana-  
insurance.com](http://www.dana-<br/>insurance.com)) مراجعه فرمایید .

**مدارک مورد نیاز برای پرداخت خسارت مراکز درمانی غیر طرف قرارداد به بیمه شده :**

۱- تصویر کارت معتبر بیمه دانا

۲- فتوکپی صفحه اول دفترچه بیمه ، بیمه شده اصلی و بیمار .

۳- اصل قبض پرداختی صندوق بعلاوه گزارش مربوطه (در خصوص هزینه های پاراکلینیکی) .

۴- اصل صورتحساب بیمارستان ، اصل صورتحساب پزشکان ، گواهی پزشکان با قید نوع اقدام درمانی انجام شده ، گزارش اتاق عمل ، گواهی بیهوشی (درخصوص موارد جراحی) ، ریز نسخه دارویی ، ریز نسخه آزمایش ، گزارش پاتولوژی ، گزارش رادیولوژی و ریز لوازم مصرفی بیمارستان همراه با فاکتور پروتز مصرفی مهمور به مهر پزشک جراح و اتاق عمل .

## تذکر :

۱- چنانچه بیمار در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر اولیه بستری شده باشد ابتدا باید کلیه مدارک مندرج در بند ۵ را به سازمان بیمه گراولیه تحویل و سپس فتوکپی برابر با اصل مدارک فوق را به انضمام فتوکپی چک بیمه گر اولیه به بیمه دانا ارائه نمائید

## اداره رفاه کارکنان