شیوه نامه اجرائی

بیمه نامه درمان گروهی

اعضاء محترم هیئت علمی و کارکنان گرامی دانشگاه شیراز

شرکت خدمات بیمه ای بهین پوشش البرز

۱۴۰۱-۱۴۰۲

بیمه البرز

دانشگاه شیراز
Shiraz University

بسم الله الرحمن الرحیم

عنوان | صفحه

الف) بخش صدور معرفی نامه (پاراکلینیکی - بستری) **۳**

۱-الف) نحوه اخذ معرفی نامه و استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد: ۳

ب) بخش بستری **۵**

۱-ب) نحوه ارسال صورتحسابهای بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد (آزاد) توسط بیمه شدگان ۵

۲-ب) ضوابط پرداخت صورتحسابها (هزینه های بستری) ۶

۳-ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری ۶

ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی **۷**

۱-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ۷

۲-ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ۷

د) بخش دندانپزشکی **۱۲**

۱-د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد: ۱۲

۲-د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد): ۱۲

۳-د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی: ۱۲

۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی ۱۳

۵-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی ۱۴

و) مقررات آیین نامه ای **۱۵**

۱-الف) نحوه اخذ معرفی نامه و استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد:

با توجه به راه اندازی صدور معرفی نامه اینترنتی در اکثر مراکز پاراکلینیکی و بیمارستانهای طرف قرارداد، بیمه شدگان می توانند پس از مراجعه به سایت بیمه البرز به نشانی www.alborzins.com و حصول اطمینان از امکان صدور معرفی نامه اینترنتی،جهت استفاده از خدمات تشخیصی - درمانی، صرفاً با به همراه داشتن مدارک ذیل و پس از مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد مورد نظر، معرفی نامه مورد نیاز خود را از واحد پذیرش مرکز درمانی مربوطه دریافت نمایند.

مدارک لازم در موارد بستری: ۱- دستور پزشک معالج با ذکر نوع بیماری و تاریخ پذیرش ۲- اصل و تصویر کارت ملی

مدارک لازم در موارد پاراکلینیکی: ۱- دستور پزشک معالج با ذکر نوع خدمت تشخیصی ۲- اصل و تصویر کارت ملی

همچنین کلیه بیمه شــدگان می توانند با به همراه داشــتن مدارک فوق الذکر، به هر یک از شــعب شــرکت بیمه البرز مراجعه نموده و نســبت به دریافت معرفی نامه مربوطه اقدام نمایند.

توجه ۱: چنانچه بیمه شـده نسـبت به اخذ معرفی نامه از شـرکت بیمه البرز (به صـورت مسـتقیم و غیر اینترنتی) اقدام نموده و به هر دلیلی از معرفی نامه صـادره استفاده نگردد ؛ می بایست بیمه شده در اسرع وقت معرفی نامه را جهت ابطال به شرکت بیمه البرز عودت نماید.

توجه ۲: با عنایت به انعقاد قرارداد با مراکز درمانی در سراسر کشور، در صورت مراجعه بیمه شده به هر یک از مراکز درمانی طرف قرارداد، صرفاً فرانشیز بیمه نامه و موارد خارج از تعهدات که در ذیل معرفی نامه درج گردیده است به عهده بیمار می باشد.

لیست مراکز درمانی بستری و سرپایی طرف قرارداد در سراسر کشور به همراه آدرس و شماره تلفن در سایت شرکت بیمه البرز به نشانی اینترنتی ذیل با انتخاب نام استان و نوع مرکز درمانی قابل دسترسی می باشد:

www.alborzins.com

بیمه پوشش البرز

۱-۱-الف) موارد ضروری اخذ نظر پزشک معتمد:

در زمان صدور معرفی‌نامه، بررسی جنبه زیبایی، درمانی و یا غیر درمانی انواع جراحی های ذیل توسط پزشک معتمد بیمه گر ضروری می باشد.

مدارک مورد نیاز جهت اظهار نظر توسط پزشک معتمد به تفکیک نوع جراحی:

- **جراحی فتق نافی / جراحی فتق جدار شکم**... **مدارک:** گزارش سونوگرافی قبل از عمل
- **جراحی واریس پا / لیزر واریس پا**.. **مدارک:** گزارش سونوگرافی قبل از عمل
- **انواع جراحی بینی (سپتوپلاستی، رینوپلاستی و...)**.................. **مدارک:** گزارش رادیوگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
- **انواع جراحی پستان شامل (ماموپلاستی (کوچک کردن پستان)، ژینکوماستی (بزرگی پستان در مردان) و...)**........................

 مدارک: گزارش پاتولوژی، ماموگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
- **پیوند پوست / گرافت پوستی:**................................ **مدارک:** گزارش پاتولوژی قبل از عمل (بررسی در خصوص وسعت پیوند پوست)
- **جراحی پلک شامل بلفاروپلاستی (ترمیم افتادگی پلک)، بلفاروپتوز (افتادگی پلک)**........... **مدارک:** گزارش بینایی سنجی قبل از عمل، پریمتری یا تعیین بینایی قبل از عمل
- **کورتاژ تخلیه / سقط**......... **مدارک:** گزارش سونوگرافی و آزمایشات بارداری (جهت احراز قانونی بودن نوع عمل / بدون نیاز به معاینه بیمار)
- **جراحی فک**..... صدور معرفی نامه جراحی فک‌صرفاً در صورت وجود تومور یا بروز حادثه و با تائید پزشک معتمد بیمه گر امکان پذیر می باشد.
- **جراحی بای پس معده (کاهش حجم معده) / اسلیو معده (برداشتن بخشی از معده)**.............. صدور معرفی نامه بابت این عمل، صرفاً پس از تایید بیمه گر پایه و اندازه گیری قد و وزن بیمار توسط پزشک معتمد و حصول اطمینان از چاقی مفرط بیمار و ۴۰ ≤ BMI (شاخص توده بدنی) بیمار، امکان پذیر است و در سایر موارد نیز می بایست، مطابق معیارهای لازم در شیوه نامه پرداخت خسارت (بررسی دیابت و...) اقدام گردد.

۲-۱-الف) استثنائات صدور معرفی نامه (عدم امکان صدور معرفی نامه):

در برخی از بیماریها و جراحی ها به شرح ذیل، امکان صدور معرفی نامه وجود ندارد. لذا بیمه شده می بایست پس از انجام هزینه نسبت به ارسال صورتحساب به شرکت بیمه گر اقدام نماید. لذا پس از بررسی مدارک و اظهار نظر توسط پزشک معتمد، مطابق شرایط بیمه نامه اتخاذ تصمیم خواهد شد.

-**بلوک های عصبی:** امکان صدور معرفی نامه (سرپایی - بستری) جهت انجام بلوک های عصبی وجود ندارد؛ لذا بیمه شده می بایست این اقدام را به صورت آزاد (بدون استفاده از معرفی نامه) انجام دهد.

توجه: بلوک های عصبی تحت فلوروسکوپ با ماده حاجب، کنار عصب انجام می پذیرد. پزشک معتمد پس از بررسی کلیه مدارک پزشکی و مستندات لازم نسبت به تعیین کد اقدام خواهد نمود.

- **جراحی دیاستازیس شکمی (آبدومینوپلاستی/ برداشتن چربی های زائد شکمی):** با توجه به اینکه اقدامصرفاً جنبه زیبایی دارد، لذا صدور معرفی نامه امکان پذیر نمی باشد ؛ لیکن در موارد خاص و در صورت احراز جنبه درمانی توسط پزشک معتمد، قابل پرداخت خواهد بود.

- **بالن گذاری:** بالن گذاری داخل معده بدون عمل جراحی بای پس معده و به تنهایی، جنبه درمانی نداشته و تحت پوشش نمی باشد.

۳-۱-الف) نکات قابل توجه در صدور معرفی نامه در برخی از بیماریها و جراحیها:

- **لیزرتراپی:** نظر به اینکه لیزرتراپی صـــرفاً، جنبه ســـرپایی دارد، لذا صـــدور معرفی نامه از محل ســـقف تعهدات بســـتری امکان پذیر نمی باشـــد. و می بایست مراتب توسط پزشک معتمد با / یا بدون معاینه بیمار، پس از بررسی گزارش آزمایش و پاتولوژی و... و همچنین اظهار نظر درخصوص تعداد جلسات مورد نیاز مورد بررسی و اظهار نظر قرار گیرد.

- **جراحی اکسیزیون لیپوم و تخلیه کیست:** نظر به اینکه جراحی اکسیزیون لیپوم و تخلیه کیست عموماً ماهیت سرپائی دارد، لذا صدور معرفی نامه بستری منوط به ارائه گواهی پزشک معالج دال بر لزوم بستری و مشروط به تائید پزشک معتمد پس از معاینه بیمار و بررسی مدارک لازم از جمله گزارش آزمایش و پاتولوژی خواهد بود. ضمناً پزشک معتمد در اظهار نظر خود ؛ اندازه، تعداد، خطرات ناشی از ناحیه قرارگیری لیپوم و وضعیت سلامتی بیمار را ملحوظ خواهد داشت.

- **جراحی دیسک به روش لیزری یا امواج رادیوفرکوئنسی** (RF) : صدور معرفی نامه جهت جراحی دیسک به روش لیزری یا RF به تنهایی (بدون لحاظ کدهای دیگر) پس از تایید پزشک معتمد و با درج در فرم معرفی نامه امکان پذیر می باشد.

- **رفع عیوب انکساری (لیزیک):** عیوب انکساری چشم با واحدی به نام دیوپتر اندازه گیری می شود. پس از بررسی برگه اپتومتری (بینایی سنجی) بیمار توسط پزشک معتمد (بدون معاینه بیمار) و تعیین میزان دیوپتر (درجه) عیوب انکساری چشم، می توان نسبت به صدور معرفی نامه، وفق شرایط بیمه نامه اقدام نمود.

توجه: جهت تعیین میزان دیوپتر عیوب انکساری می بایست درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات و یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم، مطابق میزان دیوپتر مندرج در تعهدات بیمه نامه، ملاک عمل قرار گیرد.

ب) بخش بستری

۱-ب) نحوه ارسال صورتحسابهای بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد (آزاد) توسط بیمه شدگان

در صورتیکه بیمه شدگان به هر دلیلی از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده ننمایند، می بایست پس از تسویه حساب با مرکز درمانی مربوطه، نسبت به ارائه کلیه مدارک پزشکی مشروح ذیل (۳ ماه پس از تاریخ هزینه درمانی وحداکثر یک ماه پس از پایان قرارداد) به بیمه گر اقدام نمایند.

۱-۱-ب) اصل صورتحساب بیمارستان و پزشکان ممهور به مهر بیمارستان

۲-۱-ب) گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری

۳-۱-ب) در صورت انجام جراحی، گواهی پزشک جراح، کمک جراح، بیهوشی و...

۴-۱-ب) ریز صورتحساب آزمایش، رادیولوژی، سونوگرافی، ام آرآی، اکو، اسکن و... به همراه گزارشات اقدامات مذکور

۵-۱-ب) ریز اقلام دارو و لوازم مصرفی و تجهیزات مصرفی اتاق عمل؛ همچنین در صورت نیاز به استفاده از لوازم و تجهیزات مصرفی در جراحی، ارائه فاکتور خرید لوازم مصرف شده ممهور به مهر اتاق عمل و پزشک معالج الزامی می باشد.

۶-۱-ب) در صورت انجام فیزیوتراپی،ارائه گواهی تعداد جلسات، تاریخ انجام آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه ضروری است.

۷-۱-ب) در صورت انجام جراحی D&C (کورتاژ)، ارائه سونوگرافی قبل از جراحی

۸-۱-ب) در صورت انجام جراحی سپتوپلاستی، ارائه گرافی و گزارش آن قبل از جراحی

۹-۱-ب) تصویر شرح عمل، خلاصه وضعیت بیمار وسیر بیماری و برگ بیهوشی (در صورت انجام جراحی)

۱۰-۱-ب) سایر مدارک پزشکی مربوطه مندرج در صورتحساب (ارائه جوابیه پاتولوژی و...)

۲-ب) ضوابط پرداخت صورتحسابها (هزینه های بستری)

۱-۲-ب) ملاک عمل درپرداخت هزینه های بستری،ارائه اصل کلیه مدارک توسط بیمه شده می باشد؛ لذا درصورت ارائه فاکتورالمثنی یاتصویرمدارک، اسناد مربوطه عیناً عودت می گردد.

توجه: در صـــورت تایید کتبی بیمه گذار، مدارک المثنی پس از اســـتعلام کتبی از ســـایر شـــرکتهای بیمه و حصـــول اطمینان از عدم پرداخت توســـط ســـایر شرکتهای بیمه، قابل پرداخت می باشد.

۲-۲-ب) درج مهر درگواهی پزشکان، گواهی ویزیت و گواهی مشاوره و سایر اسناد مربوطه الزامی می باشد.

۳-۲-ب) درصورتی که بیمه شدگان دارای بیمه گر اول باشند و از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد استفاده کرده باشند، بیمه شدگان می بایست ابتدا مدارک پزشکی را به بیمه گر پایه (بیمه سلامت، بیمه تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه نیروهای مسلح و...) ارائه نموده و پس از اخذ سهم بیمه‌گر اول، رسید دریافتی و یاکپی چک خسارت دریافتی از سازمان اسناد پزشکی را به همراه تصویر برابر با اصل کلیه مدارک پرونده بستری به شرکت بیمه البرز ارائه نمایند.(باستثناء سازمان خدمات درمانی که مدارک را برابر با اصل نمی نماید.)

توجه: پس از پرداخت خسارت توسط بیمه البرز، اصل مدارک درمانی جهت استفاده از بیمه گر اول به هیچ وجه به بیمه شده مسترد نمی گردد.

۴-۲-ب) در صورت مخدوش بودن نام و نام خانوادگی بیمه شده و تاریخ بستری در صورتحساب و یا سایر مدارک ارسالی، اسناد مذکور می‌بایست مجدداً توسط مرکز درمانی مربوطه تصحیح و ممهور گردد.

۵-۲-ب) مبلغ خالص پرداختی بیمارصراحتاً، می بایست توسط مرکز درمانی مشخص گردد ؛ لذا در صورت درج مبلغ باقیمانده در صورتحساب، پرداخت هزینه منوط به ارائه فاکتور یا صورتحساب مجدد، ممهور به مهر مرکز درمانی مربوطه می باشد.

۶-۲-ب) درصورت استفاده بیمه شده ازسهم یارانه سلامت در بیمارستان های دولتی، هزینه درمانی صرفاً با ارائه رسید مرکز درمانی و تصویر شرح حال/شرح عمل قابل پرداخت می باشد. به عبارتی ارائه ریز صورتحساب الزامی نمی باشد.

۷-۲-ب) حق تحقیق و بررسی در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.

۳-ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری

۱-۳-ب) ملاک محاسبه و پرداخت خسارت:

در صورتیکه هر یک از بیمه شدگان به هر دلیلی از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد استفاده نمایند، محاسبه و پرداخت هزینه ها بر اساس تعرفه های قانونی ابلاغی توسط هیات وزیران و در صورتی که بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه نمایند، پس از اعمال تعرفه (همتراز بیمارستان طرف قرارداد) و کسرکسورات قطعی از جمله فرانشیز، مابه التفاوت تخت خصوصی و...) انجام می پذیرد.

توجه: مبالغی که برخی از پزشکان به صورت جداگانه و خارج از صورتحساب دریافت می نمایند (مانند حق العمل جراحی و...)، در صورت ارائه گواهی پزشک معالج حداکثر معادل تعرفه بیمارستان همتراز محاسبه و پس از کسر سهم حق العمل مندرج در صورتحساب، مابه التفاوت آن پرداخت خواهد شد.

۲-۳-ب) فرانشیز بیمه نامه:

در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، فرانشیز بیمه نامه معادل درصد مندرج در شرایط بیمه نامه لحاظ می گردد.

۳-۳-ب) هزینه تخت همراه: هزینه تخت همراه برای بیماران کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد.

۴-۳-ب) هزینه های اتاق خصوصیهزینه: های مربوط به اتاق خصوصی غیر قابل پرداخت می باشد. در موارد خاص و صرفاً در صورت گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و تایید پزشک معتمد بیمه گر، اتاق ایزوله قابل پرداخت می باشد.

توجه: اتاق vip بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی از بخشهای بیمارستانی خارج شده است و صرفاً معادل دو تخته محاسبه و پرداخت خواهد گردید.

۵-۳-ب) هزینه های بستری مربوط به بیماری های اعصاب و روان (باستثناء جنون): از محل سقف تعهدات بستری قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۶-۳-ب) هزینه های عیوب مادرزادی: صورتحسابهای مربوط به عیوب مادرزادی درصورت تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه‌گر (بررسی جنبه درمانی)، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۳-ب) هزینه جراحی فک: هزینه های بستری جراحی فک‌صرفاً به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش بیمه نامه، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸-۳-ب) هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری: هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری (شامل IUI، ZIFT، GIFT، IVF، ITSC و میکروانجکشن)، پس از اخذ مدارک مثبته برای هریک از زوجین مطابق صورتحساب قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

توجه: هزینه مربوط به تعیین جنسیت جنین قابل پرداخت نمی باشد.
۹- ۳- ب) هزینه خرید اعضـای طبیعی بدن: هزینه خرید اعضـای طبیعی بدن از جمله خرید کلیه به همراه صـورتحسـاب بسـتری، با تایید پزشـک معتمد بیمه گر، مطابق فاکتور انجمن حمایتی مربوطه قابل پرداخت می باشد.
توجـه ۱: هزینــه خریــد کلیــه پیونــدی: هزینـه خریـد کلیـه بـا ارائـه گواهی انجمن حمـایـت از بیمـاران کلیوی، مطـابق فـاکتور انجمن مزبور و مســـتندات پزشکی مبنی بر انجام پیوند قابل پرداخت می باشـد. هزینه انجام پیوند کلیه در بیمارسـتانهای دولتی و بیمارسـتانهای وابسـته طرف قرارداد با تامین اجتماعی بصورت رایگان انجام می شود.

توجه: هزینه های درمانی دهنده عضو غیر قابل پرداخت می باشد.

۱۰-۳-ب) هزینه خدمات پرستاری در منزل: هزینه های خدمات پرستاری در منزل از جمله نگهداری سالمندان **غیر قابل پرداخت** می باشد.

۱۱-۳-ب) هزینه آمبولانس (درون شـهری و برون شـهری): هزینه انتقال بیمار توسـط آمبولانس‌صـرفاً(از منزل به بیمارسـتان و یا از یک بیمارسـتان به بیمارستان دیگر) به شرط بستری بیمار قابل پرداخت می باشد.

۱۲-۳-ب) هزینه رفع عیوب انکساری:
پرداخت هزینه های رفع عیوب انکسـاری چشـم (شـامل لیزیک، لازک و...) چنانچه نقص بینایی هر چشـم به میزان ۳ دیوپتر و بیشـتر باشـد تا سـقف تعهدات بیمه نامه و با لحاظ فرانشیز مندرج در بیمه نامه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. به عبارتی درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات و یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشـم (درجه نزیک بینی یا دوربینی به علاوه آسـتیگمات)، مطابق میزان دیوپتر مندرج در تعهدات بیمه نامه (۳ دیوپتر و بیشـتر) ملاک عمل خواهد بود.

۱۳-۳-ب) هزینه‌های درمان خارج از کشور:
هزینه های پزشـکی و بیمارسـتانی بیمه شـدگانی که به علت عدم معالجه در داخل کشـور با تشـخیص پزشـک معالج بیمه شـده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسـافرت خارج از کشـور نیاز به تشـخیص و معالجه پیدا می کنند، در صـورتی که سـفارت یا کنسـولگری جمهوری اسـلامی ایران در کشـور مربوطه، صـورتحسـابهای آنان را تایید کند، تا سـقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شـد. در صـورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده برابر بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می گردد.
توجه ۱: میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

توجه ۲: در صورت انجام هزینه‌ی درمانی در خارج از کشور، می‌بایست اصل مدارک درمانی منضم به ترجمه آن، جهت بررسی و پرداخت به بیمه گر تحویل گردد.

ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی

کلیه هزینه های سرپایی شامل رادیولوژی، ام آر آی و...، اعمال مجاز سرپایی و سایر موارد مندرج در بیمه نامه، طبق تعرفه وزارت بهداشت قابل پرداخت می باشد.

۱-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)

۱- دستور پزشک معالج یا تصویر جوابیه
۲- اصل فاکتور (قبض) ممهور به مهر مرکز درمانی

۲-ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)

۱-۲-ج) ملاک پرداخت هزینه های پاراکلینیکی، ارائه اصل فاکتور (قبض) می باشد؛ لذا در صورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر فاکتور، مدارک مربوطه عیناً عودت می گردد.

۲-۲-ج) درج نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ ویزیت یا فاکتور و مبلغ پرداختی در مدارک ارسالی الزامی می باشد.

۳-۲-ج) در صورت مخدوش بودن نسخ ارسالی اعم از لاک گرفتگی، خط خوردگی (شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ نسخه و...) مدارک مذکور می‌بایست توسط پزشک یا مرکز درمانی‌مربوطه تصحیح و مجدداً ممهور به مهرگردد.

۴-۲-ج) در صورت درج مبلغ باقیمانده در فاکتور (قبض)، پرداخت هزینه منوط به ارائه فاکتور قطعی و یا درج مجدد مهر مرکز مربوطه مبنی بر تسویه کامل خواهد بود.

۳-ج) توضیحات موردی در بخش نسخ سرپائی - پاراکلینیکی

۱-۳-ج) رادیولوژی - سونوگرافی - اسکن - ام آر آی - انواع آندوسکوپی (اقدامات آندوسکوپیک) و سایر موارد پاراکلینیکی:

مدارک لازم جهت پرداخت سایر هزینه های پاراکلینیکی:

۱- ارائه دستور پزشک معالج (به استثنا نسخ الکترونیک) یا ارائه تصویر جوابیه ۲- ارائه فاکتور، ممهور به مهر مرکز مربوطه

تبصره۱: مدارک مورد نیاز جهت انجام آمینوسنتز شامل اصل قبض پرداختی، کپی جواب، گواهی پزشک معالج (متخصص زنان و زایمان) مبنی بر نوع بیماری و دلیل انجام آمینوسنتز، کپی جواب آزمایش یا سونوگرافی غیر نرمال قبل از انجام آمینوسنتز

تبصره۲: مدارک مورد نیاز جهت گفتاردرمانی، کاردرمانی، رفتاردرمانی، مشاوره روان درمانی و موارد مشابه عبارتند از، گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری، تعداد جلسات کل مورد نیاز، دستور پزشک متخصص، کارت حضور و غیاب.

۲-۳-ج) هزینه ویزیت (سرپائی)

پرداخت هزینه ویزیت، منوط به درج مبلغ آن توسط پزشک معالج در نسخه اصلی و ممهور به مهر و امضاء می باشد.

توجه ۱: درصورت درج مبلغ ویزیت در سربرگ پزشک به شرط ممهور به مهر و امضا اصل فاکتور یا قبض پرداختی توسط پزشک معالج قابل پرداخت می باشد.

توجه ۲: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، پرداخت ویزیت مشمول کسر فرانشیز بیمه نامه خواهد بود.

توجه ۳: هزینه ویزیت در زمان انجام اقدامات دندانپزشکی (بطور همزمان) غیر قابل پرداخت می باشد.

۱-۲-۳-ج) تعرفه ویزیت (سرپائی)

پرداخت هزینه ویزیت پزشـکان عمومی/ متخصـص/ فوق تخصـص و...، حداکثر مطابق تعرفه جاری وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشـکی در بخش خصوصی، نهاد عمومی غیر دولتی، خیریه و بخش دولتی خواهد بود.

۳-۳-ج) عینک

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه عینک:

۱-ارائه دستور پزشک متخصص، ممهور به مهر چشم پزشک و یا ارائه تجویز اپتومتریست به همراه برگه اپتومتری (تعیین نمره چشم) اپتومتریست

۲- ارائه فاکتور معتبرخرید عینک (شیشه و فریم)، دارای سربرگ و آدرس و شماره تلفن، ممهور به مهر مرکز مربوطه

۳- ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی)

هزینه های مربوط به عینک و لنز تماس طبی **به صورت یک نوبت در هر سال بیمه ای** قابل پرداخت می باشد.

توجه: در صورت تقاضای بیمه گر، بیمه شده توسط اپتومتر معتمد بیمه گر دعوت به معاینه می گردد.

۴-۳-ج) انواع آزمایش

هزینه آزمایش های تشخیص پزشکی- آزمایش های ژنتیک جنین - مارکرهای جنینی - پاتولوژی (آسیب شناسی)

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های آزمایش:

۱-ارائه دستور پزشک معالج (به استثناء نسخ الکترونیک) یا تصویر جوابیه آزمایش

۲- ارائه اصل قبض پرداختی، ممهور به مهر آزمایشگاه

توجه ۱: هزینه آزمایش ژنتیک با ارائه گواهی پزشک معالج و تصویر جوابیه آزمایش، پس از تأیید پزشک معتمد بیمه گر از محل آزمایش ژنتیک قابل پرداخت می باشد.

توجه ۲: هزینه آزمایش غربالگری و تشـــخیص ناهنجاریهای جنین با ارائه گواهی پزشـــک معالج و تصـــویر جوابیه آزمایش، پس از تأیید پزشـــک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تست کرونا (آزمایش و اسکن):

- دستور پزشک معالج(الزاماً در موارد آزمایش و اسکن کرونا)
- اصل قبض پرداختی
- تصویر جوابیه آزمایش / اسکن

ضوابط پرداخت:

ردیف	نوع خدمت	توضیحات
۱	آزمایش آنتی بادی (سرولوژی) IGG و IGM	صرفاً با تجویز پزشک معالج قابل پرداخت می باشد.
۲	تست تشخیصی گلوبال کرونا (RT-PCR) و استخراج RNA	با تجویز پزشک مقیم اورژانس (عمومی یا متخصص طب اورژانس)، متخصص عفونی، متخصص گوش و حلق و بینی (ENT)، متخصص داخلی، متخصص اطفال، فوق تخصص ریه ومتخصص زنان صرفاً در صورت باردار بودن بیمار قابل پرداخت می باشد. توجه: در صورت مثبت بودن نتیجه تست PCR، هزینه مذکور صرف نظر از تخصص پزشک تجویز کننده (عمومی یا متخصص) قابل پرداخت می باشد. آزمایش PCR مجدد در صورتی که با فاصله زمانی کمتر از ۲ ماه انجام شده باشد (به منظور چکاپ یا برگشت به کار) غیر قابل پراخت می باشد و در صورتی که PCR اولیه منفی و PCR دوم مثبت باشد، در خصوص PCR اولیه مطابق شرایط فوق الذکر و PCR ثانویه قابل پرداخت می باشد.
۳	CT اسکن ریه	صرفاً با تجویز پزشک متخصص و یا متخصص طب اورژانس قابل پرداخت می باشد. توجه:درصورت مثبت بودن آزمایش PCR و یا مشاهده یافته های غیر طبیعی در CT اسکن و یا در صورتی که خدمت مذکور در تعهد بیمه پایه باشد، با تجویز پزشک عمومی نیز قابل پرداخت می باشد.
۴	کلیه هزینه های چکاپ انفرادی و گروهی	انجام کلیه هزینه های مربوط به بیماری کرونا (خارج از ضوابط مندرج در این جدول)،به استناد ماده ۱۴ آیین نامه ۹۹مصوب شورای عالی بیمه جزء استثنائات بیمه نامه (چکاپ) محسوب گردیده و غیر قابل پرداخت می باشد.
۵	هزینه های بازگشت به کار (طب کار)	انجام کلیه تست ها و آزمایشات بیمه شدگانی که پس از بهبود بیماری کرونا و بمنظور بازگشت به محل کار انجام می گردد (هزینه های بازگشت به کار) غیر قابل پرداخت می باشد.به عبارتی هزینه های مذکور جزو هزینه های طب کار محسوب می گردد.

۵-۳-ج) هزینه نسخ دارویی

۱-۵-۳-ج) ضوابط پرداخت هزینه نسخ دارویی

در صورت درج دستور دارویی در سربرگ پزشک معالج و یا در نسخ دفترچه درمانی (هزینه آزاد) موارد ذیل می بایست رعایت گردد:

۱- ممهور به مهر پزشک ۲- درج ریز اقلام دارویی ۳- ممهور به مهرداروخانه ۴- درج ریز قیمت داروها (توسط داروخانه) ۵- درج حق فنی

۲-۵-۳-ج) ملاک پرداخت هزینه نسخ دارویی

تمامی داروها از جمله داروهای گیاهی (بجز آرایشی و بهداشتی)، با تجویز پزشک، مشروط به اینکه جنبه درمانی داشته باشد، قابل پرداخت می باشد.

توجه ۱: پرداخت دارو برای هر نوبت تجویز پزشک معالج حداکثر به مدت ۳ ماه می باشد.

توجه ۲: استثنائات، داروهای مربوط به رژیم درمانی (کاهش و افزایش وزن)، داروهای تقویت کننده قوای جنسی، مکمل ورزشی، تقویت حافظه، لوازم آرایشی و بهداشتی، کرم ها و محلول هایی که کاربرد زیبایی دارند و سایر موارد مشابه در تعهد بیمه البرز نمی باشند.

توجه ۳: هزینه سرنگ، اسکالپ وین، آنژیوکت، ست سرم و میکروست صرفاً مطابق با تعداد آمپول و سرم تجویز شده در نسخه قابل پرداخت می باشد.

توجه ۴: پرداخت حق فنی و عناوین مشابه داروخانه بر عهده بیمه گر می باشد.

۱-۲-۵-۳-ج) داروهای ایرانی

تمامی داروهای ایرانی از جمله داروهای گیاهی (بجز آرایشی و بهداشتی، با تجویز پزشک، مشروط به اینکه جنبه درمانی داشته باشد، با ارائه دستور پزشک و ارائه سند پرداخت هزینه، ممهور به مهر داروخانه قابل پرداخت می باشد.

۲-۲-۵-۳-ج) داروی خارجی - مکمل - گیاهی - پوستی

داروهای خارجی که دارای نمونه ایرانی باشند، حداکثر به قیمت ایرانی قابل پرداخت می باشند.

داروهای گیاهی که دارای تاییدیه سازمان غذا و دارو باشند، قابل پرداخت می باشد.

هزینه داروهای مکمل و پوستی غیرقابل پرداخت می باشد.

۳-۲-۵-۳-ج) داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب العلاج

هزینه داروهای خوراکی بیماران خاص (شامل بیماران دیالیزی، هموفیلی، تالاسمی و ام اس) و صعب العلاج، در موارد غیر بستری در صورت تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط و پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر از محل تعهدات هزینه های بیماری خاص قابل پرداخت می باشد.

۴-۲-۵-۳-ج) داروی شیمی درمانی تزریقی

هزینه داروی شیمی درمانی تزریقی‌صرفاً با ارائه گواهی تزریق (کموتراپی) به همراه نسخه دارویی (ممهور به مهر پزشک متخصص و داروخانه) از محل سقف تعهدات اعمال جراحی خاص قابل پرداخت می باشد.

۶-۳-ج) سمعک

۱-۶-۳-ج) ضوابط پرداخت هزینه سمعک:

هزینه سمعک با تجویز پزشک متخصص **ENT**(گوش، حلق و بینی)، در صورت خریداری از مراکز معتبر شنوایی سنجی و ممهور شده به مهر ادیولوژیست (یک یا دو گوش) به شرح ذیل قابل پرداخت می باشد.

۲-۶-۳-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه سمعک:

۱- ارائه دستور پزشک متخصص ۲- ارائه گزارش شنوایی سنجی (ادیومتری)

۳- ارائه فاکتور خرید از مراکز معتبر (تجهیزات پزشکی)، ممهور به مهر مرکز شنوایی سنجی ۴-ارائه فاکتور رسمی از شرکت حامی فروش سمعک (شرکت وارد کننده سمعک) ۴- تصویرکارت گارانتی سمعک (درج تاریخ اعتبار) بانضمام جعبه حاوی بارکد ۵- تائید پزشک معتمد

تبصره ۱: هزینه باتری سمعک و تعمیرات آن غیر قابل پرداخت می باشد، مگر آنکه در بیمه نامه به صراحت ذکر شده باشد.

تبصره ۲: مشخصات و مارک سمعک با فاکتور شرکت حامی (شرکت وارد کننده) به شرح ذیل می بایست مطابقت داشته باشد:

مارک: resound شرکت تاراطب مهر

مارک: siemens شرکت فن آذرخش

مارک: Oticon شرکت آلتون شنوا

مارک: unitron شرکت بهکاران عرصه

مارک: widex شرکت پرشیا سمعک

مارک: phonak شرکت ندا سمعک

مارک: bernafon شرکت برنا فون شنوا

مارک: hanasaton شرکت ماسای پارس تجهیز

بیمه بهین پوشش البرز

تبصره ۳: مشخصات فاکتور فروش:

۱- فاکتور فروش می بایست بصورت چاپی باشد، به عبارتی اطلاعات فاکتور بصورت دستی در فاکتور درج نگردد.

۲- فاکتور دارای کد اقتصادی معتبر شرکت فروش باشد.

۳- فاکتور از شرکت حامی وارد کننده سمعک باشد، لذا در صورت ارائه فاکتور از سایر شرکتها، هزینه سمعک قابل رسیدگی نخواهد بود.

۷-۳-ج) سایر شرایط و مقررات در بخش پاراکلینیکی

توجه: کلیه هزینه هایی که جنبه تحقیقاتی دارد و فاقد کد ملی در کتاب ارزش نسبی خدمات می باشد، مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی غیر قابل پرداخت می باشد.

د) بخش دندانپزشکی

به منظور رفاه حال بیمه شدگان محترم، پیشنهاد می گردد متقاضیان استفاده از خدماتدندانپزشکی، ترجیحاً از مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه البرز(مطب ها وکلینیک های دندانپزشکی) استفاده نمایند؛ لکن چنانچه بیمه شده به هردلیلی به مطب ها ومراکز غیرطرف قرارداد مراجعه نماید، پرداخت کلیه هزینه خدمات دندانپزشکی اعم از کشیدن، جرم گیری و بروساژ، ترمیم و پرکردن، درمان ریشه، روکش، دندان مصنوعی و ایمپلنت و سایر خدمات درمانی دندانپزشکی (باستثنای موارد زیبایی) قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

۱-د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد:

درصورتیکه بیمه شده ای از مراکز غیر طرف قرارداد استفاده نماید، می بایست صورت هزینه های دندانپزشکی خود را در سربرگ دندانپزشک / کلینیک مربوطه به همراه کلیه مستندات از جمله کلیشه رادیوگرافی و... به بیمه گر تحویل و در قبال آن، رسید اخذ نماید:

توجه ۱: هزینه خدمات دندانپزشکی که جنبه زیبایی داشته باشد (از قبیل لمینت، بلیچینگ و سایر موارد مشابه) غیر قابل پرداخت می باشد.

توجه ۲: در صورتیکه ۷۰٪ تاج دندانهای قدامی از بین رفته باشد و یا اینکه عصب کشی شده باشند، پرداخت هزینه روکش زیرکونیوم بلامانع می باشد.

۲-د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد):

۱-۲-د) هزینه های دندانپزشکی طبق تعرفه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر تا سقف جداول تعهدات بیمه نامه با لحاظ فرانشیز مندرج در شرایط بیمه نامه محاسبه و پرداخت می گردد.

۲-۲-د) در صورت انجام خدمات دندانپزشکی خاص و یا غیر متعارف، معاینه بیمار قبل و یا بعد از اقدامات دندانپزشکی (بصورت موردی) توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر ضروری می باشد.

توجه: ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی) جهت کلیه خدمات دندانپزشکی الزامی می باشد.

۳-د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی: ۱-۳-د) ترمیم‌دندان (پُر کردن)

جهت پرداخت هزینه ترمیم **تا دو دندان** نیازی به ارسال گرافی **OPG** قبل کار و گرافی پایان درمان نیست. (برای بیش از دو دندان ارائه گرافی قبل و بعد یا گرافی قبل و تایید پزشک معتمد الزامیست).

۲-۳-د) درمان ریشه (عصب کشی)

با توجه به اینکه دندانپزشک معالج، جهت انجام درمان ریشه می بایست نسبت به تهیه رادیوگرافی پری اپیکال قبل و بعد از انجام کار اقدام نماید، لذا به منظور محاسبه تعداد کانال های درمان شده ریشه دندان، ارسال رادیوگرافی های پری اپیکال قبل و بعد از انجام کار ضروریست.

۳-۳-د) درمان بیماریهای لثه و کشیدن دندان با روش جراحی

جهت پرداخت هزینه های درمان بیماریهای لثه و جراحی دندان نهفته ارائه گرافی OPG قبل درمان الزامیست.

۴-۳-د) روکش دندان

جهت پرداخت هزینه روکش دندان ها ارائه گرافی قبل و بعد از درمان یا گرافی قبل و تایید پزشک معتمد بیمه گر الزامیست.

۵-۳-د) درمان ایمپلنت

۱-۵-۳-د) ضوابط پرداخت هزینه های درمان ایمپلنت:

جهت پرداخت هزینه درمان ایمپلنت، ارائه اسکن C.B.C.T یا O.P.G قبل از شروع کار و رادیوگرافی پری اپیکال بعد از انجام کار الزامی می باشد.

توجه: جهت پرداخت هزینه ایمپلنت، الزاماً هر مرحله از انجام درمان و رادیوگرافی های مربوطه می بایست در مدت زمان اعتبار بیمه نامه باشد.

تبصره: پرداخت هزینه های مربوط به ادامه فرایند ایمپلنت سال های قبل، به شرط گرفتن تاییدیه مراحل قبلی و خسارت دریافت شده از بیمه گر قبلی امکان‌پذیر است.

۲-۵-۳-د) نحوه پرداخت هزینه درمان ایمپلنت:

هزینه های ایمپلنت پس از تائید اولیه و تائید نهایی با توجه به مستندات مربوطه، طی دو نوبت به شرح ذیل پرداخت می گردد:

۱- نوبت اول: پس از جراحی و گذاشتن فیکسچر

۲- نوبت دوم: پس از گذاشتن تاج

توجه: تفکیک هزینه جراحی، کارگذاری فیکسچر و گذاشتن تاج بصورت مجزا، توسط دندانپزشک معالج ضروری می باشد.

۶-۳-د) دندان مصنوعی

پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز پلاک کروم کبالت و همچنین پلاک آکریلی، پس از ارسال پرینت عکس توسط تلفن همراه (یک بار داخل دهان و یک بار خارج از دهان) قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

توجه: پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز کرم کبالت و پلاک آکریلی که توسط دندان ساز تجربی انجام گرفته باشد حداکثر معادل ۵۰ ٪ هزینه های انجام شده قابل پرداخت خواهد بود.

۷-۳-د) دندان پزشکی مربوط به بخش اطفال

۱-۷-۳-د) پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک:

جهت پرداخت هزینه پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک، ارائه پرینت عکس گرفته شده توسط خود بیمار از پلاک ضروریست.

۸-۳-د) ارتودنسی

ارائه رادیوگرافی های پانورکس ولترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک فضا نگهدار الزامی می باشد، فاکتور پزشک معالج شامل کل هزینه های ارتودنسی، نحوه دریافت هزینه (در صورت اقساط تاریخ شروع و پایان ارتودنسی).

تبصره: بابت هزینه ارتودنسی فقط نصب براکت تحت پوشش می باشد و شروع انجام کار می بایست در بازه قراردادفی مابین باشد.

۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی

در صورت انجام خدمات دندانپزشکی هریک از بیمه شدگان تحت بیهوشی،کلیه هزینه های صورتحساب (شامل: حق الزحمه پزشک بیهوشی، جراح، اتاق

شرکت بیمه پوشش البرز

عمل، دارو، وسایل مصرفی، تخت و...) بصورت گلوبال (یکجا) مطابق تعرفه از سقف تعهدات دندانپزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

هزینه بیهوشی صرفاً برای گروه های ذیل قابل بررسی می باشد:

۱- کلیه معلولین ذهنی و جسمی

۲-بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیماران غیر همکار، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی‌نمایند).

توجه: منظور از خدمات بیهوشی درحین دندانپزشکی صرفاً آن دسته از خدمات است که شرایط استاندارد اتاق عمل مجهز به تجهیزات بیهوشی و حضور متخصص بیهوشی و ارائه برگه استاندارد بیهوشی باشد.

۳-۵-د) در صورت وجود سیستم رادیوگرافی R.V.G در مراکز درمانی دندانپزشکی:

در صورت وجود سیستم رادیوگرافی R.V.G در مراکز درمانی دندانپزشکی مورد مراجعه بیمه شدگان، ارائه پرینت یا سی دی آن مورد قبول می‌باشد.

٦-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی

- **OPG:** نامهای دیگر این تکنیک پانورکس وپانورامیک می باشد. در این تکنیک فکهای بالا و پایین (مگزیلا و ماندیبول) بهمراه همه دندانها رویت میگردند. درگرافی OPG وضعیت استخوان و دندانها ونهفتگی ها خصوصا دندانهای عقل و کیست ها وتومورها قابل مشاهده می باشد.
  به عبارتی نوعی روش عکسبرداری (کلیشه بزرگ) از دندانها می باشد که یک نمای کلی از موقعیت تمام دندانها و استخوان های فک بالا و پائین را نمایش می دهد.
- **پری اپیکال:(P.A)** معمولترین نوع رادیو گرافی مورد استفاده دندانپزشکان می باشد که چند دندان را پوشش می دهد. این گرافی برای تشخیص ناهنجاریهای تک دندان یا ناحیه کوچکی از دهان (شامل چند دندان) تجویز می گردد.گرافیهای رایج در دندانپزشکی گرافیهای پری اپیکال میباشند و معمولا یک گرافی برای مشاهده وضعیت دندانی خاص کافی میباشد.در معالجه ریشه دندان(روت کانال تراپی)۲یا۳ گرافی پری اپیکال،قبل،ضمن وبعد از عمل تهیه می گردد.
  بنابراین P.A نوعی روش عکسبرداری (کلیشه کوچک تک دندانی) که جهت بررسی طول ریشه و ضایعات و... یک یا دو دندان تهیه می گردد.

- **اسکن:CBCT** نوعی تصویر برداری (اسکن) ۳ بعدی است که جهت جایگذاری ایمپلنت های دندانی، مشخص شدن کیفیت و کمیت استخوان و بالا بردن سینوس و تومورهای فکی استفاده می شود.

- **سفالومتری:** سفالومتر نوعی دستگاه است که سر را با ابزاری نگه می دارد و از آن با اشعه ایکس تصویربرداری می کند. و در درمانهای ارتودنسی برای تشخیص ناهنجاریهای دندانی بکار می رود. سفالومتری در دو وضعیت رخ و نیم رخ انجام می شود، نوعی روش عکسبرداری است که به منظور اندازه گیری جمجمه، فک، دندان و صورت انجام می شود. به عکس حاصل از این روش سفالوگرام گفته می شود. سفالوگرام،گرافی است که دندانپزشکان،

جراحان دهان فک و صورت از آن به عنوان نقشه درمان استفاده می کنند.

سفالوگرام ارتباط بین نسج نرم و استخوان ها را نشان می دهد و به تشخیص اختلالات رشد قبل از درمان و حین درمان جهت ارزیابی پیشرفت کمک می‌کند.

فتوگرافی: یکی از اعمال انجام ارتودنسی گرفتن فتوگرافی (عکس پرسنلی) از بیمار در حالتهای مختلف است که هزینه آن در تعهد نمی باشد.
نوعی عکسبرداری است که توسط دوربین داخل دهانی در مطب و یا توسط دوربین معمولی (توسط خود بیمه شده) انجام می گردد. در پرینت گرافی ارسالی، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده حسب درخواست بیمه گر الزامی است.

مشاهده اطلاعات درمانی و استعلام خسارت بیمه شدگان

بیمه شدگان می توانند از طریق مراجعه به سایت شرکت بیمه البرز به آدرس www.alborzins.com بخش خدمات الکترونیک، کلیه هزینه های درمانی خود را با وارد نمودن کد ملی / کد بیمه شده ملاحظه نمایند.

توجه: سایر موارد مطابق شرایط و مقررات بیمه نامه می باشد.

و) مقررات آیین نامه ای

۱-و) اصل حسن نیت

به استناد ماده ۴ شرایط عمومی بیمه نامه: چنانچه معلوم شود هریک از بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.

۲-و) به استثنا ماده ۷ شرایط عمومی بیمه نامه، هرگاه ثابت شود که 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 می شود 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.

شرکت بیمه پوشش البرز