

**شرایط پوشش اضافی امراض خاص (طرح ممتاز)**

**ماده ۱- تعهد بیمه گر:**

به موجب این پوشش، بیمه‌گر در ازای دریافت حق بیمه اضافی مربوط، متعهد می‌گردد در صورت ابتلای بیمه‌شده به بیماری‌های مندرج در ماده ۲، سرمایه مندرج در جدول بیمه‌نامه، را پرداخت نماید.

**ماده ۲- بیماری‌های تحت پوشش:**

بیماری‌های تحت پوشش این بیمه‌نامه، به چهار گروه به تفکیک بزرگسالان و کودکان تقسیم می‌شوند.

**الف. گروه‌بندی بیماری‌ها برای بزرگسالان (افراد بالای ۱۸ سال) به شرح زیر است:**

- گروه بیماری‌های سرطان: سرطان، پیوند مغز استخوان

- گروه بیماری‌های قلبی، سکته مغزی، اولین سکته قلبی، جراحی آئورت، جراحی گرفت و بایپس شریان کرونر، جراحی دریچه قلب، پیوند قلب / کلیه، بیماری کلیوی

- گروه بیماری‌های اعصاب: تورمور خوش خیم مغزی، وضعیت پایدار نباتی، دیستروفی عضلانی، بیماری پارکینسون ایدیوپاتیک، بیماری آلزایمر، بیماری عصبی-حرکتی، کما، ترومای شدید سر (آسیب تروماتیک مغزی)، کاهش بینایی عمیق، فقدان کامل اندام‌ها، عدم توانایی تکلم، ناشنوایی، فلج اندام، آنسفالیت ویروسی حاد، مولتیپل اسکلروزیس MS

- گروه سایر بیماری‌ها: بیماری و خیم کبدی، بیماری مزمن ریوی، سوختگی‌های شدید، هپاتیت ویروسی برق آسا، پانکراتیت مزمن، پیوند (کبد، ریه، روده کوچک پانکراس، بافت همبند)، آرتريت روماتوئید و خیم

**ب. گروه بندی بیماری‌ها برای کودکان (افراد بین ۲ تا ۱۸ سال) به شرح زیر است:**

- گروه بیماری‌های سرطان: سرطان، پیوند مغز استخوان

- گروه بیماری‌های قلبی: پیوند قلب / کلیه

- گروه بیماری‌های اعصاب: تورمور خوش خیم مغز، وضعیت پایدار نباتی، کما، ترومای شدید سر (آسیب تروماتیک مغزی)، نابینایی / از دست دادن دید عمقی، عدم توانایی تکلم، ناشنوایی، فلج اندام، مولتیپل اسکلروزیس MS

- گروه سایر بیماری‌ها: سوختگی شدید، هپاتیت ویروسی برق آسا، پیوند (کبد، ریه، روده کوچک، پانکراس، بافت همبند)، آرتريت ایدیوپاتیک نوجوان

**ماده ۳، تعریف بیماری‌ها:**

تعریف بیماری‌های مندرج در بند الف ماده ۲ (بیماری‌های بزرگسالان) به شرح زیر است:

**۱- سرطان (Cancer):**

هر نوع تومور بدخیم که توسط شواهد بافت‌شناسی به تأیید رسیده و با علائم رشد غیرقابل مهار سلول‌های بدخیم و تهاجم به بافت همراه است، به عنوان سرطان شناخته می‌شود.

تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص مشاور تأیید گردد

لوکمی (سرطان خون)، لنفوم بدخیم و سندرم میلودیپلاستیک، تحت پوشش این تعاریف قرار می‌گیرند

برابر تعاریف فوق، موارد کمتر پیشرفته مستثنی می‌گردد و موارد ذیل تحت پوشش قرار نمی‌گیرند

- هر گونه توموری که توسط بافت‌شناس به عنوان «بیش سرطانی»، بدون تهاجم، و یا سرطان insitu (مستعمل بر کارسینوما داکتال لوبولار insitu پستان و دیس پلازی سرویکال ۱-Cin، ۲-Cin، ۳-Cin) تشخیص داده‌شود.

- هر نوع سرطان پروستات مگر آنکه روش طبقه‌بندی بافت‌شناسی Gleason دارای امتیاز بیش از ۶ باشد و یا حداقل در دسته‌بندی TNM به مرحله T2N0M0 رسیده باشد.

- لوکمی مزمن لنفوسیتییک، مگر آنکه به مرحله B دسته‌بندی Binet رسیده‌باشد.

- کارسینوم سلول بازال (BCC) و کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) پوست و ملانوم بدخیم مرحله IA (T1aN0M0)، مگر آنکه شواهدی از متاستاز وجود داشته باشد.

- سرطان سلول پایلاری تیروئید با قطر کمتر از ۱ cm و T1N0M0

- میکروکارسینوما پایلاری مثانه با طبقه‌بندی بافت‌شناسی Ta

- پلی‌سیمی ورا (Polycythemia vera) و ترومبوسیتمی اساسی (Essential)

- گاموپاتی مونوکلونال با درجه اهمیت نامشخص

- لنفوم معده ای MALT در صورتی که شرایط با ریشه‌کنی هلیکوباکتر درمان گردد.

- تومور معده ای- روده ای استرومائی (GIST) مرحله ۱ و ۲ بر اساس طبقه‌بندی سرطان AJCC Cancer Staging Manual, Seventh EDITION, (2010)

- لنفوم پوستی مگر در شرایطی که نیاز به درمان با شیمی درمانی یا اشعه دارد.

- کارسینوما با تهاجم کم پستان (از نظر بافت‌شناسی به عنوان T1mic طبقه‌بندی شده) مگر در شرایطی که نیاز به ماستکتومی، شیمی درمانی یا اشعه داشته باشد.

- کارسینوم با تهاجم کم رحم (از نظر بافت‌شناسی به عنوان مرحله IA1 طبقه‌بندی شده) مگر در شرایطی که نیاز به هیسترکتومی، شیمی درمانی یا اشعه داشته باشد.

**۲- پیوند مغز استخوان:**

فرد گیرنده آلوگرافت یا ایزوگرافت عضو زیر:

مغز استخوان (کاشت مغز استخوان آلونیک هماتوپوئیتیک بافت Stem Cell که از طریق پیوند کامل مغز استخوان صورت پذیرد)

تعریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- پیوند سایر اعضا، سقف‌ها یا بافت‌های بدن (مانند قرنیه و پوست)

- پیوند سایر رده‌های سلول‌های بنیادی مثل سلول islet و همچنین سلول‌های بنیادی غیر از رده خونساز (هماتوپوئیتیک)

**۳- سکته قلبی - حمله قلبی:**

سکته قلبی به معنای مرگ بافت قلبی ناشی از انسداد طولانی مدت جریان خون می‌باشد در این تعریف، سکته قلبی توسط شواهد افزایش یا کاهش مارکرهای قلبی (تروپونین یا CKMB) به اندازه‌ای که به عنوان تشخیص سکته قلبی محسوب شود و حداقل ۲ مورد از موارد زیر را شامل شود:

- علائم ایسکمی (مانند درد قفسه سینه)

- تغییرات الکتروکاردیوگرام (ECA) که نشانگر ایسکمی جدید باشند (تغییرات جدید ST-T و یا بلوک جدید یاندل چپ)

- بروز امواج باتولوزیک Q در ECG

تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص مشاور قلب تأیید گردد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- سندرم حاد عروق کرونر (آنژین صدری پایدار یا ناپایدار)

- افزایش مقادیر تروپونین در نبود بیماری‌های ایسکمیک قلبی (مانند میوکاردیت، بالون‌گذاری آبیگال، آسیب قلبی (Contusion)، آمبولی پولمونر، مسومیت دارویی)

- آنفراکتوس میوکارد با عروق کرونری طبیعی یا ناشی از وازواسپاسم عروق کرونر Bridging میوکارد و یا سوء مصرف دارو

- آنفراکتوس میوکاردی که به فاصله ۱۴ روز پس از آنژیوپلاستی کرونر، و یا عمل جراحی بای‌پس صورت پذیرفته باشد.

**۶- مراحل انتهایی بیماری کلیوی:**

اختلال عملکرد غیر قابل بازگشت و مزمن هر دو کلیه که نیازمند به درمان با دیالیز مداوم است و شامل موارد دیالیز از طریق حفره شکمی، همودیالیز بوده و یا پیوند کلیه ضروری می باشد. به عنوان مراحل انتهایی بیماری کلیوی شناخته می شود می بایست لزوم انجام دیالیز مورد تأکید پزشکی باشد و توسط متخصص نفرولوژی مربوطه تایید شود

تعاریف فوق مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهد:

- نارسایی قابل بازگشت و حاد کلیه به همراه دیالیز کلیوی مقطعی

**۷- پیوند اعضاء اصلی، بافت همبند:**

در صورتیکه فرد گیرنده آلوگرافت یا ایزوگرافت یک یا چند عضو از اعضاء زیر باشد، پیوند اعضا اصلی در نظر گرفته می شود:

قلب

کلیه

کبد (مشمول بر اهدا لوب کبد یا دریافت عضو از فرد زنده)

ریه (مشمول بر اهدا لوب ریه یا دریافت عضو از فرد زنده) و یا دریافت یک ریه

روده کوچک

پانکراس

انجام ترمیم و بازسازی نسبی یا کامل صورت، دست، بازو و یا پا (کاشت بافت آلوگرافت) در این تعریف جای می گیرد. لازم است این روش درمانی به عنوان تنها روش درمانی مؤثر توسط پزشک مشاور و متخصص به تأیید برسد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی دهد:

- پیوند سایر اعضاء، سقف ها یا بافت های بدن (مانند قرنیه و پوست)

- پیوند سایر رده های سلول های بنیادی مثل سلول Islet و همچنین سلول های بنیادی غیر از رده خونساز (هماتوپوئیک)

**۸- فلج اندام:**

از بین رفتن کامل و غیر قابل بازگشت عملکرد عضلانی هر یک از دو عضو دست یا پای کامل، ناشی از آسیب، یا بیماری طناب نخاعی یا مغزی، به عنوان فلج اندام شناخته می شود. عضو به معنی دست یا پای کامل می باشد. فلج پایستی به مدت بیش از ۳ ماه ادامه یافته و تشخیص آن توسط نورولوژیست مشاور و همراه با شواهد بالینی تایید شود

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی دهد:

- فلج ناشی از صدمه به خود یا اختلالات روانی

- سندرم گیلن باره

- فلج دوره ای یا ارثی

- فلج ناشی از ناهنجاری های مادرزادی مغز و یا طناب نخاعی شامل تومور مغزی و طناب نخاعی

**۹- کاهش بینایی عمیق (Profound):**

کاهش یا از دست دادن بینایی دو چشم ناشی از بیماری یا تروما که توسط تصحیح بینایی (عینک)، دارو یا جراحی قابل اصلاح نبوده و کاهش بینایی به صورت غیر قابل بازگشت می باشد، به عنوان کاهش بینایی عمیق شناخته می شود.

کاهش بینایی با شدت دید  $3/6$  یا کمتر ( $0.05$  یا کمتر در Decimal notation) در چشم سالمتر پس از بهترین تصحیح بینایی و یا میدان دید کمتر از  $10$  درجه در چشم سالمتر پس از بهترین تصحیح بینایی به عنوان کاهش بینایی عمیق تشخیص داده می شود. تشخیص لازم است توسط چشم پزشک مشاور به تأیید برسد.

**۴- سکته مغزی (Stroke):**

سکته مغزی عبارت است از مرگ بافت مغزی ناشی از حادثه عروق مغزی یا منشاء ترومبوز یا خونریزی اینتراکرانیا (به همراه خونریزی ساب آراکنوئید)، یا آمبولی یا منشاء اکستراکرانیا (همراه با موارد زیر که منجر به علائم دائمی گردد):

- بروز حاد علائم نورولوژیک

- اختلالات نورولوژیک جدید در معاینه عصبی

تبصره: اختلالات نورولوژیک به صورت زیر تعریف می شوند:

علائم اختلال عملکرد سیستم عصبی که در معاینات بالینی مشخص باشند

علائم تحت پوشش شامل موارد زیر است: بی هیپراستزی (افزایش حساسیت)، فلج (پارالزی)، ضعف موضعی، دیس آرتری (اختلال در تکلم)، آفازی (عدم توانایی تکلم)، دیس فازی (اشکال در بلع)، اختلالات بینایی، اشکال در راه رفتن، عدم هماهنگی عضلانی، ترمور، تشنج ها، لتارژی، دمانس (اختلال حافظه)، دلیریوم (توهم) و کما

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهند:

- مشاهده نکته غیر طبیعی در CT اسکن یا MRI یا سایر تکنیک های تصویربرداری بدون علائم بالینی مرتبط

- علائم عصبی که در نبود اشکال جدی عضلانی اسکلتی بروز می کنند، مانند واکنش های عضلانی بدون سایر علائم

- علائم نشان دهنده منشأ روانی یا سایکولوژیک بیماری

اختلال نورولوژیک پایستی به مدت بیش از ۳ ماه از زمان تشخیص ادامه داشته باشد. تأیید تشخیص توسط نورولوژیست مشاور و همراه با شواهد تصویربرداری مربوطه الزامی است.

تعاریف فوق موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهد:

- حمله گذرای ایسکمیک (TIA) و اختلال ایسکمیک نورولوژیک طولانی شده قابل بازگشت (PRIND)

- آسیب تروماتیک به بافت مغز یا عروق خونی

- اختلالات نورولوژیک ناشی از هیپوگلیسمی عمومی، عفونت، بیماری های التهابی، میگرن، یا تداخلات پزشکی

- شواهد مشکوک تصویربرداری (CT یا MRI) در نبود علائم بالینی مرتبط (سکته خاموش)

- مرگ بافت عصب اپتیک یا رتین و یا سیستم وستیبولار

**۵- جراحی گرافت (بافت پیوندی) و بای پس شریان کرونر (CABG):**

جراحی گرافت (بافت پیوندی) و بای پس شریان کرونر به منظور درمان بیماری عروقی کرونر با درگیری چند رگ استفاده می شود.

مداخله جراحی به منظور تصحیح تنگی یا انسداد تعداد ۲ یا بیشتر از شریان های کرونر به کمک بای پس های گرافت شده می باشد.

جراحی قلب با استرنوتومی کامل (برش عمودی استخوان قفسه سینه) و انجام عملکردهای با حداقل نهاجم (استرنوتومی نسبی) یا توراکوتومی تحت پوشش قرار می گیرد.

لزوم انجام جراحی توسط کاردیولوژیست یا جراح قلب، همراه با یافته های آنژیوگرام به تأیید می رسد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی دهد:

- جراحی بای پس برای درمان تنگی یا انسداد یک رگ کرونر

- آنژیوپلاستی کرونر یا قرار دادن استنت

**۱۰- جراحی در پیچه قلب:**

جراحی دریچه قلب شامل موارد با تهاجم حداقلی و با استفاده از کاتتر می‌باشد. عمل جراحی جابجایی یا ترمیم یک یا تعداد بیشتری از دریچه‌های قلبی مبتلا تحت این تعاریف عنوان می‌شوند:

- جایگزینی یا ترمیم دریچه قلبی با استرنوتومی کامل (برش عمودی استخوان قفسه سینه)، استرنوتومی نسبی یا توراکوتومی
- روش Ross
- والولاستی بر مبنای کاتتر
- جاگذاری دریچه آئورتیک ترانس کاتتر (TAVI)

لزوم جراحی بایستی توسط مشاور متخصص قلب یا جراح قلب به تأیید رسیده و همچنین با شواهد اکوکاردیوگرافیک و یا یافته‌های کاتراسیون قلبی تأیید گردد. تعاریف فوق مورد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- کلیپ کردن ترانس کاتتر دریچه میترال

**۱۱- جراحی آئورت:**

جراحی آئورت شامل روش‌های با حداقل تهاجم است و عمل جراحی با هدف رفع تنگی، انسداد، آنوریسم و یا دیسکسیون آئورت صورت می‌پذیرد. روش‌های با حداقل تهاجم مانند ترمیم اندوآواسکولار تحت این عنوان دسته‌بندی می‌شوند. لزوم انجام جراحی بایستی توسط جراح مشاور و با همراهی شواهد مربوط به تصویربرداری‌های انجام شده به تأیید برسد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- انجام جراحی برای هر یک از شاخه‌های آئورت سینه‌ای (توراسیک) یا شکمی (آب‌دومینال) (مستثمن بر گرافت‌های بای پس آئورتو ایلیاک یا آئورتو فمورال)
- جراحی آئورت مرتبط با اختلالات ارثی بافت همبند (مانند سندروم مارفان، سندرم اهلرز دانلوس)

- جراحی ناشی از صدمات تروماتیک به آئورت

**۱۲- مولتیپل اسکروزیس (MS):**

تشخیص MS بایستی توسط نورولوژیست مشاور تأیید شود و دارا بودن تمامی موارد زیر که منجر به علائم دائمی گردد، به اثبات رسد:

- اختلال موجود در عملکرد حرکتی یا حسی که بایستی به مدت حداقل ۶ ماه تداوم داشته باشد.
- شواهد وجود حداقل ۲ محدوده دمی‌لینزاسیون در مغز یا نخاع برابر معیارهای تشخیص MS در تصویربرداری MRI
- تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:
- MS احتمالی به همراه علائم منفرد (ایزوله) نورولوژیک یا رادیولوژیک که احتمال وجود MS را مطرح کرده اما آن را به شکل مسلم تأیید نمی‌کند
- نوریت اپتیک ایزوله (منفرد) و نورومیلیت اپتیک

**۱۳- بیماری آلزایمر:**

بیماری آلزایمر نیازمند مراقبت مداوم می‌باشد و تشخیص دقیق بیماری براساس شواهد زیر صورت می‌پذیرد:

- از بین رفتن قابلیت‌های عقلی مشتمل بر زوال حافظه و اختلال در اعمال و رفتار اجرایی (تداوم، برنامه‌ریزی، خلاصه‌سازی و اجرای نقشه‌ها) که به کاهش بارز عملکرد روانی و اجتماعی می‌انجامد.
- تغییرات شخصیت، با شروع تدریجی و کاهش مداوم عملکردهای تشخیص
- نداشتن اختلال هوشیاری نوروسایکولوژیک
- یافته‌های معمول نوروفیزیولوژیک و تصویربرداری عصبی (مثل CT اسکن)

• بیمار نیازمند مراقبت دائم (۲۴ ساعته) قبل از سن ۶ سالگی باشد.

تشخیص و لزوم مراقبت دائم بایستی توسط نورولوژیست مشاور به تأیید برسد. تعاریف فوق مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- سایر موارد دمانس ناشی از اختلال مغزی، یا سیستمیک و یا سایر شرایط روانی

**۱۴- وضعیت پایدار نباتی:**

وضعیت نباتی به نبود پاسخدهی و آگاهی مغزی ناشی از اختلال عملکرد نیم کره‌های مغزی اطلاق می‌شود، به شکلی که کنترل تنفس و عملکرد قلبی توسط ساقه مغز دست نخورده باقی می‌ماند. تشخیص بایستی شامل تمامی موارد ذیل باشد:

- عدم آگاهی کامل از وضعیت فردی و محیطی
- عدم توانایی ایجاد ارتباط با سایرین
- نبود شواهدی دال بر وجود واکنش‌های رفتاری در برابر عوامل تحریک کننده خارجی
- عملکرد طبیعی ساقه مغز

• کنار گذاشتن سایر اختلالات قابل درمان عصبی یا روانی با کمک آزمون‌های نوروفیزیولوژیک یا نوروسایکولوژیک یا تکنیک‌های تصویربرداری

تشخیص بیماری می‌بایست توسط نورولوژیست مشاور به تأیید رسیده و حداقل به مدت یک ماه بدون پیشرفت بالینی باشد.

**۱۵- تومور خوش خیم مغزی:**

تشخیص قطعی تومور خوش خیم مغز، در حفره کرانیال و منشأ گرفته از بافت مغز، متنز یا اعصاب کرانیال می‌باشد. تومور بایستی حداقل با یکی از موارد زیر مورد درمان قرار گیرد:

- برداشت کامل یا نسبی توسط جراحی
- Stereotactic Radiosurgery (رادیوتراپی داخلی)
- اشعه‌دهی ستونی خارجی

اگر هیچ یک از روش‌های فوق به دلایل پزشکی امکانپذیر نبود، تومور بایستی یک اختلال ثابت نورولوژیک را که حداقل به مدت ۳ ماه پس از تشخیص ادامه دارد، ایجاد نماید.

تشخیص بیماری می‌بایست توسط نورولوژیست یا جراح مغز و اعصاب مشاور براساس یافته‌های تصویربرداری تأیید شود.

تعاریف فوق موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- تشخیص یا درمان هر نوع گلیوما، گرانولوم، همارنوما و یا اختلال ساختاری شریان‌ها یا وریدهای مغزی
- تومورهای غده هیپوفیز

**۱۶- بیماری وخیم کبدی (Severe Liver Disease):**

بیماری وخیم کبدی در صورتی است که براساس دسته‌بندی CHILD-PUGH بیماری کبدی در گروه B یا C باشد و تشخیص بیماری وخیم کبدی با امتیاز CHILD-PUGH حداقل ۷ (کلاس B یا C) صورت پذیرد.

امتیاز بایستی براساس محاسبه تمام موارد زیر باشد:

- سطح کلی بیلی روبین
- سطح آلبومین سرم
- شدت آسیب
- INR
- انسفالوپاتی کبدی

تشخیص بایستی توسط متخصص داخلی مشاور و براساس یافته‌های تصویربرداری به تأیید برسد.

تعاریف فوق مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- بیماری و خیم کبدی ثانویه ناشی از مصرف الکل یا دارو (مشمول بر عفونت هپاتیت B یا C به دنبال تزریق‌های داخلی وریدی)

**۱۷- بیماری مزمن ریوی:**

بیماری مزمن ریوی شامل مواردی است که منجر به نارسایی مزمن تنفسی گردد و تشخیص آن شامل کلیه موارد زیر باشد:

- FEV1<sup>۱</sup> کمتر از ۴۰٪ پیشبینی شده در حداقل دوبار اندازه‌گیری با فاصله حداقل یک ماه
  - درمان با اکسیژن برای حداقل ۱۶ ساعت در روز به مدت حداقل ۳ ماه
  - کاهش مداوم فشار نسبی اکسیژن (paO2) به زیر ۵۵ میلی‌متر جیوه (۷/۳ کیلوپاسکال) در خون شریانی بدون تجویز اکسیژن
- تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص مشاور تأیید گردد

**۱۸- کما (Coma):**

کما به حالتی گفته می‌شود که بیماری منجر به علائم دائمی گردد و تشخیص قطعی حالتی از بیهوشی بدون واکنش به محرک‌های محیطی یا محرک‌های داخلی که حداقل یکی از موارد زیر را شامل شود:

- امتیاز ۸ یا کمتر در GCS که حداقل ۹۶ ساعت به طول انجامد
- نیازمند به کارگیری سیستم‌های پشتیبانی حیات باشد
- منجر به یک اختلال دائم نورولوژیک شده که بایستی حداقل به فاصله ۳۰ روز از شروع کما ادامه یابد

تشخیص بایستی توسط نورولوژیست مشاور تأیید گردد

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- کمای ناشی از دارو
- هر نوع کما ناشی از آسیب به خود، مصرف الکل یا مواد مخدر

**۱۹- ناشنوایی:**

ناشنوایی قطعی عبارت از ناشنوایی دائمی و غیرقابل بازگشت در هر دو گوش ناشی از هر گونه بیماری یا صدمات تصادفی می‌باشد

تشخیص ناشنوایی بایستی توسط متخصص گوش و حلق و بینی مشاور و براساس شواهد اودیوگرام (PTA) در آستانه ۹۰-DB در فرکانسهای ۵۰۰، ۱۰۰۰ و ۲۰۰۰ هرتز در گوش سالمتر به تأیید رسد.

**۲۰- آنسفالیت ویروسی حاد:**

مواردی که منجر به علائم دائمی گردد و تشخیص قطعی آنسفالیت ویروسی حاد ناشی از اختلال نورولوژیک پایدار که حداقل ۳ ماه پس از تاریخ تشخیص ادامه داشته باشد، به عنوان آنسفالیت ویروسی حاد شناخته می‌شود. تشخیص توسط نورولوژیست مشاور و براساس علائم بالینی مشخص بیماری و همچنین ارزیابی مایع مغزی نخاعی و یا بیوپسی مغز به‌انجام می‌رسد

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

**- آنسفالیت در حضور HIV**

- آنسفالیت ناشی از عفونت‌های باکتریایی یا پروتوزوایی

- انسفالومیلیت میالژیک یا پارانتوبلاستیک

**۲۱- هپاتیت ویروسی برق آسا (Fulminant):**

مواردی که منجر به نارسایی حاد کبد میگردد، به عنوان هپاتیت ویروسی برق آسا شناخته می‌شود. تشخیص هپاتیت برق آسای ویروسی شامل تمامی موارد زیر می‌باشد:

- روند کلاسیک تغییرات سرولوژیک در موارد هپاتیت حاد ویروسی
- ایجاد انسفالوپاتی کبدی
- کاهش اندازه کبد
- افزایش مقادیر بیلی روبین
- گواکولوپاتی با INR بیش از ۱/۵
- ایجاد نارسایی کبد به فاصله ۷ روز از شروع علائم
- عدم سابقه قبلی بیماری کبدی

تشخیص می‌بایست توسط متخصص داخلی مشاور تأیید گردد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- سایر نارسایی‌های کبدی به علل غیر ویروسی (مشمول بر مسمومیت پاراستامول (استامینوفن) و افلاتوکسین)

- هپاتیت برق آسای ویروسی در همراهی با سابقه استفاده داخل وریدی مواد مخدر

**۲۲- ترومای شدید سر-آسیب تروماتیک مغزی:**

ترومای شدید سر-آسیب تروماتیک مغزی شامل مواردی است که منجر به کاهش دائمی قابلیت‌های فیزیکی می‌گردد و تشخیص دقیق اختلال عملکرد مغزی ناشی از آسیب به سر می‌باشد. این آسیب بایستی منجر به عدم قابلیت اجرای ۳ فعالیت از ۶ فعالیت روزمره زندگی توسط خود بیمار به تنهایی و به مدت حداقل ۳ ماه و بدون بهبود در این مدت گردد

تبصره: فعالیت‌های روزمره شامل موارد ذیل می‌گردد:

- ۱- شستشو- قابلیت حمام کردن در وان یا حمام (به همراه قابلیت داخل و خارج شدن از حمام/وان) و یا شستشوی رضایتبخش از طریق سایر روش‌ها
- ۲- لباس پوشیدن و درآوردن لباس- قابلیت پوشیدن، درآوردن و بستن و باز کردن تمام البسه و یا در صورت نیاز هر گونه اعضاء مصنوعی یا تجهیزات الصافی جراحی به بیمار

۳- قدرت غذا خوردن در فرد، زمانی که غذا تهیه و آماده شده است.

۴- رعایت بهداشت فردی یا رعایت موازین مربوطه و استفاده از دستشویی و یا کنترل عملکرد روده و مثانه به شکل مناسب

۵- تردد بین اتاق‌ها، قابلیت تردد از یک اتاق به اتاق دیگر در یک طبقه

۶- قابلیت به بستر رفتن و برخاستن از بستر- قابلیت خروج از بستر و نشستن بر روی صندلی پشتی دار یا ویلچر و برعکس

تشخیص می‌بایست توسط نورولوژیست یا جراح مغز و اعصاب مشاور و در همراهی یافته‌های تصویربرداری (CT یا MRI) مغزی تأیید گردد.

تعاریف فوق مورد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- هر نوع ترومای شدید سر ناشی از آسیب به خود، مصرف الکل و دارو

**۲۳- فقدان کامل اندام‌ها:**

تشخیص قطعی و کامل دو یا چند عضو بالاتر از مچ دست و پا که در اثر حادثه یا بیماری نیاز به قطع شدن داشته باشد، به عنوان فقدان کامل اندام شناخته می‌شود. تشخیص بایستی توسط پزشک متخصص به تأیید برسد.

تعریف فوق مورد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- هر نوع فقدان اندام که ناشی از آسیب به خود باشد



#### ۲۸- بیماری پارکینسون ایدیوپاتیک:

مواردی که منجر به از دست دادن دائمی قابلیت‌های فیزیکی گردد، به عنوان بیماری پارکینسون ایدیوپاتیک شناخته می‌شود و تشخیص بیماری در صورت وجود حداقل ۲ مورد از موارد بالینی زیر صورت می‌پذیرد:

- سفتی عضلانی
  - ترمور (لرزش)
  - برادی کینزی (آهستگی غیر طبیعی حرکات، آشفتگی پاسخ‌های فیزیکی و روانی)
- بیماری پارکینسون ایدیوپاتیک بایستی به عدم توانایی انجام فردی حداقل ۳ مورد از ۶ مورد فعالیت‌های روزمره در فرد و برای مدت حداقل ۳ ماه متوالی - علی‌رغم درمان‌های کافی ارائه شده - بیانجامد.

تشخیص می‌بایست توسط متخصص نورولوژی مشاور تأیید گردد. قرار دادن یک تحریک کننده عصب برای کنترل علائم تحریک مغزی عمیق، مستقل از فعالیت زندگی روزانه است که تحت تعریف این پوشش قرار داده شده است. این جایگذاری باید توسط یک متخصص نورولوژی یا جراح مغز و اعصاب انجام گیرد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- پارکینسونی ثانویه (شامل پارکینسونی ناشی از مواد مخدر یا سم)
- لرزش ضروری

- پارکینسونیسم مرتبط با سایر اختلالات نورودنراتیو

#### ۲۹- پانکراتیت مزمن:

مواردی که منجر به نارسایی برون ریز و درون ریز پانکراس می‌گردد، به عنوان بیماری پانکراتیت مزمن شناخته می‌شود. تشخیص قطعی پانکراتیت مزمن وخیم می‌بایست شامل تمامی موارد زیر باشد:

- نارسایی پانکراسی اگز و کرین با علائم کاهش وزن و استئاتوره
- نارسایی پانکراسی اندوکرین با علائم دیابت پانکراتیک
- نیاز به جایگزین آنزیم پانکراتیک از طریق خوراکی

علائم فوق بایستی حداقل به مدت ۳ ماه ادامه داشته باشند

تشخیص توسط متخصص داخلی مشاور و براساس یافته‌های تصویربرداری و آزمایشگاهی مربوطه (مثل الاستاز مدفوعی) صورت می‌پذیرد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- پانکراتیت مزمن ناشی از سوء مصرف الکل

- پانکراتیت حاد

#### ۳۰- آرتریت روماتوئید وخیم:

آرتریت روماتوئید وخیم عبارت است از تشخیص قطعی بیماری با دارا بودن کلیه موارد زیر:

- علائم تبیکال التهاب (آرترازی، تورم، درد) در حداقل ۲۰ مفصل در طول بیش از ۶ هفته پس از تشخیص بیماری به همراه افزایش مقادیر CRP
- فاکتور روماتوئید مثبت (حداقل دو برابر اندازه طبیعی) و یا وجود آنتی‌بادی‌های آنتی سیتروکلین
- درمان مداوم با کورتیکواستروئیدها
- درمان با ترکیبی از داروهای ضد روماتوئیک تغییردهنده بیماری (مانند متوترکسات به همراه سولفاسالازین/لفلونوماید) و یا مهارکننده TNF در مدت زمانی حداقل ۶ ماه

تشخیص می‌بایست توسط روماتولوژیست مشاور تأیید گردد

#### ۲۴- عدم توانایی تکلم:

عدم توانایی تکلم به صورت دائمی و غیر قابل بازگشت که بنا به تشخیص ناشی از صدمات فیزیکی یا بیماری بوده و به شکل مداوم و بیش از ۶ ماه ادامه یابد.

تشخیص می‌بایست توسط متخصص گوش و حلق و بینی مشاور تأیید گردد.

تعریف فوق مورد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- عدم توانایی تکلم ناشی از اختلالات روانی

#### ۲۵- سوختگی‌های شدید:

سوختگی‌هایی که موجب انهدام کامل در تمامی عمق پوست تا مرز بافت‌های زیرین گردد (سوختگی درجه ۳) و حداقل ۲٪ از سطح بدن را در برگیرد (برابر قانون «۹» یا چارت لونند و براودر (Lond and Browder Chart))، به عنوان سوختگی شدید شناخته می‌شود.

تعریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- سوختگی‌های درجه سه ناشی از آسیب به خود

- هرگونه سوختگی درجه یک یا دو

#### ۲۶- بیماری عصبی-حرکتی:

مواردی که منجر به از بین رفتن دائمی قابلیت‌های فیزیکی گردد، به عنوان بیماری عصبی-حرکتی شناخته می‌شود. تشخیص دقیق یکی از بیماری‌های ذیل:

• اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS یا بیماری Lou Gehrig)

• اسکروز جانبی اولیه (PLS)

• آتروفی پیش رونده عضلانی PMA

• فلج بولبار پیش رونده (PBP)

بیماری بایستی به عدم توانایی اجرای حداقل ۳ مورد از ۶ مورد فعالیت‌های روزانه زندگی در فرد به مدت بیش از ۳ ماه و بدون وجود دوره‌هایی از بهبود بیانجامد.

تشخیص باید توسط متخصص مغز و اعصاب تأیید شود.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- نوروپاتی حرکتی چند طرفه (MMN) و میوزیت بدن درگیر

- سندرم پس از فلج اطفال

- آتروفی عضلانی نخاعی

- پلیمیوزیت و درماتومیوزیت

#### ۲۷- دیستروفی عضلانی:

دیستروفی عضلانی شامل تشخیص دقیق یکی از دیستروفن‌های عضلانی زیر بوده و منجر به از بین رفتن دائمی قابلیت‌های فیزیکی می‌گردد.

• دیستروفی دوشن (DMD)

• دیستروفی عضلانی بکر (BMD)

• دیستروفی امری دریفوس (EDMD)

• دیستروفی لیمب-گروم (LGMD)

• دیستروفی فایسواسکاپولوهومورال عضلانی (FSHD)

• دیستروفی میوتونیک تیپ I (MMD یا بیماری STEINERT)

• دیستروفی عضلانی اوکولوفارنژال (OPMD)

بیماری بایستی به عدم کارایی مطلق بیمار، در حداقل ۳ مورد از ۶ مورد فعالیت‌های روزمره منجر گردد و برای مدت حداقل ۳ ماه بدون نشانه‌هایی از بهبودی ادامه یابد.

تشخیص می‌بایست توسط متخصص مغز و اعصاب تأیید گردد.

تعاریف فوق، مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- میوتونیک تیپ II (PROMM) و هر نوع میوتونی

### ۳- فلج اندام:

از بین رفتن کامل و غیر قابل بازگشت عملکرد عضلانی هر دو عضو دست یا پای کامل، ناشی از آسیب، یا بیماری طناب نخاعی یا مغزی، به عنوان فلج اعضا در نظر گرفته می‌شود. عضو به معنی دست یا پای کامل می‌باشد. فلج بایستی به مدت بیش از ۳ ماه ادامه یافته و توسط نورولوژیست مشاور و همراه با شواهد بالینی به تأیید رسیده باشد.

تعاریف فوق، موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- فلج ناشی از صدمه به خود یا اختلالات روانی
- فلج ناشی از ناهنجاری‌های مادرزادی مغز و یا طناب نخاعی شامل تومور مغزی و طناب نخاعی
- سندرم گیلن باره
- فلج دوره‌ای یا ارثی

### ۴- کما (Coma):

کما عبارت است از تشخیص قطعی حالتی از بیهوشی بدون واکنش به محرک‌های محیطی یا محرک‌های داخلی که حداقل یکی از موارد زیر را شامل شود:

- امتیاز ۸ یا کمتر در GCS که حداقل ۹۶ ساعت ادامه داشته باشد.
- نیازمند به کارگیری سیستم‌های پشتیبانی حیات می‌باشد.
- منجر به یک اختلال دائم نورولوژیک شده که بایستی حداقل به فاصله ۳۰ روز از شروع کما ادامه یابد.

تشخیص می‌بایست توسط نورولوژیست مشاور تأیید برسد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- کمای ناشی از دارو
- هرگونه کما به علت سوء استفاده (abuse) از کودک یا تهاجم (assault) توسط سرپرست قانونی یا سایر خشونت‌های خانوادگی
- هر نوع کما ناشی از آسیب به خود، مصرف الکل یا مواد مخدر
- هر نوع کما ناشی از عوارض هنگام تولد یا بدفرمی‌های (malformations) مادرزادی

### ۵- سوختگی شدید:

سوختگی که شامل تخریب پوست از طریق عمق کامل آن تا بافت زیرین (سوختگی درجه سوم) و پوشش حداقل ۱٪ سطح بدن که توسط «Lund and Browder Chart» اندازه‌گیری می‌شود، به عنوان سوختگی شدید شناخته می‌شود.

تشخیص می‌بایست توسط متخصص مشاور تأیید گردد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- سوختگی درجه سوم به علت آسیب‌های ناشی از خود
- سوختگی درجه سوم به علت سوء استفاده (abuse) از کودک یا تهاجم (assault) توسط سرپرست قانونی یا سایر خشونت‌های خانوادگی
- هر نوع سوختگی درجه اول یا درجه دوم

### ۶- ترومای شدید سر:

ترومای شدید سر عبارت از تشخیص دقیق اختلال عملکرد مغزی ناشی از آسیب به سر می‌باشد. ترومای سر بایستی منجر به امتیاز PGCS (GCS کودک) ۵-۳ شده و نقص دائمی عصبی برای حداقل ۳ ماه بعد از تاریخ تشخیص ایجاد کند.

تشخیص و نقص عصبی، بدون شانس برای بهبودی بایستی توسط متخصص مشاور

تعاریف فوق موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند.

- آرتریت ری اکتیو

- آرتریت پسوریاتیک

- استود آرتریت فعال‌شده

تعریف بیماری‌های مندرج در بند ب ماده ۲ (بیماری‌های کودکان) به شرح زیر است:

### ۱- سرطان (Cancer):

هر نوع تومور بدخیم که توسط شواهد بافت‌شناسی به تأیید رسیده و با علائم رشد غیر قابل مهار سلول‌های بدخیم و تهاجم به بافت همراه است. به عنوان سرطان شناخته می‌شود. تشخیص بایستی توسط متخصص به تأیید برسد.

لوکمی (سرطان خون)، لنفوم بدخیم، سندرم میلودیبلاستیک، پلی سیتمی ورا (Polycythemia vera) و ترومبوسیتمی اساسی (Essential) تحت پوشش این تعریف قرار می‌گیرند.

برابر تعریف فوق، موارد ذیل تحت پوشش قرار نمی‌گیرند:

- هرگونه توموری که از نظر بافت‌شناسی به عنوان پیش سرطانی، بدون تهاجم، و یا سرطان insitu (شامل Cin-1, Cin-2, Cin-3) تشخیص داده‌شود

- سرطان سلول پاپیلاری تیروئید یا قطر کمتر از 1 cm و T1N0M0

- کارسینوم سلول بازال (BCC) و کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) پوست و ملانوم بدخیم مرحله IA (T1aN0M0)، مگر آنکه شواهدی از متاستاز وجود داشته باشد

- لنفوم معده ای MALT در صورتی که شرایط با ریشه کتی هلیکوباکتر درمان گردد

- تومور معده ای- روده ای استرومایی (GIST) مرحله ۱ و ۲ بر اساس طبقه‌بندی سرطان AJCC Cancer Staging Manual, Seventh EDITION, (2010)

- تومور ویلمز (Wilms)، مرحله ۱ و بافت‌شناسی بهتر (غیر آپلازی)

### ۲- پیوند اعضا اصلی بدن:

در صورتی که فرد گیرنده آلوگرافت یا ایزوگرافت یک یا چند عضو از اعضاء زیر باشد، پیوند اعضا اصلی در نظر گرفته می‌شود:

• قلب

• کلیه

• کبد (مشمول بر اهدا لوب کبد یا دریافت عضو از فرد زنده)

• ریه (مشمول بر اهدا لوب ریه یا دریافت عضو از فرد زنده و یا دریافت یک ریه)

• مغز استخوان (کاشت مغز استخوان آلونژنیک هماتوپوئیک بافت Stem Cell که از طریق پیوند کامل مغز استخوان صورت پذیرد.

• روده کوچک

• پانکراس

انجام ترمیم و بازسازی نسبی یا کامل صورت، دست، بازو و یا پا (کاشت بافت آلوگرافت) در این تعریف جای می‌گیرد. لازم است این روش درمانی به عنوان تنها روش درمانی مؤثر توسط پزشک مشاور و متخصص به تأیید برسد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- پیوند سایر اعضا، قسمت‌ها یا بافت‌های بدن (مانند قرنیه و پوست)

- پیوند سایر سلول‌ها (شامل سلول‌های Islet و سلول‌های بنیادی دیگر به غیر از رده خونساز (هماتوپوئیک))

- پیوند به علت بدفرمی‌ها (malformations) و ناهنجاری‌های (abnormalities) مادرزادی

۱۰- آرتريت ایدیوپاتیک نوجوان سیستمیک شدید (نامگذاری قدیمی: بیماری Still's):

آرتريت ایدیوپاتیک نوجوان سیستمیک عبارت است از تشخیص قطعی بیماری که منجر به همه موارد زیر می‌شود:

- تخریب مفاصل که نیاز به جایگزینی مفصل دارد
- تظاهرات مشخص (Typical) خارج مفصلی

تشخیص و ضرورت جایگزینی مفصل باید توسط متخصص مشاور تأیید شود. علاوه بر این، جابجایی مفصل باید صورت گیرد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- آرتريت ایدیوپاتیک نوجوان سیستمیک که می‌تواند به اندازه کافی با دارو درمان شود

- آرتريت ایدیوپاتیک نوجوان سیستمیک که منجر به جایگزینی مفصل نمی‌شود

- عفونت‌های باکتریایی استخوانی و مفصلی

- آرتريت ویروسی و پس از عفونت

۱۱- مولتیپل اسکلروزیس (MS)

تشخیص MS بایستی توسط نورولوژیست مشاور تأیید شود و دارا بودن تمامی موارد زیر که منجر به علائم دائمی گردد، به اثبات رسد:

• اختلال موجود در عملکرد حرکتی یا حسی که بایستی به مدت حداقل ۶ ماه تداوم داشته باشد

• شواهد وجود حداقل ۲ محدوده دمیلائینزاسیون در مغز یا نخاع برابر معیارهای تشخیص MS در تصویربرداری MRI

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- MS احتمالی به همراه علائم منفرد (ایزوله) نورولوژیک یا رادیولوژیک که احتمال وجود MS را مطرح کرده اما آن را به شکل مسلم تأیید نمی‌کند

- نوریت اپتیک ایزوله (منفرد) و نورومیلیت اپتیکا

۱۲- عدم توانایی تکلم:

عدم توانایی تکلم به صورت دائمی و غیر قابل بازگشت که بنا به تشخیص ناشی از صدمات فیزیکی یا بیماری بوده و به شکل مداوم و بیش از ۶ ماه ادامه یابد.

تشخیص می‌بایست توسط متخصص گوش و حلق و بینی مشاور تأیید گردد

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- عدم توانایی تکلم ناشی از اختلالات روانی

۱۳- وضعیت پایدار نباتی:

وضعیت نباتی به نبود پاسخدهی و آگاهی مغزی ناشی از اختلال عملکرد نیم کره‌های مغزی اطلاق می‌شود، به شکلی که کنترل تنفس و عملکرد قلبی توسط ساقه مغز دست نخورده باقی می‌ماند. تشخیص بایستی شامل تمامی موارد ذیل باشد:

• عدم آگاهی کامل از وضعیت فردی و محیطی

• عدم توانایی ایجاد ارتباط با سایرین

• نبود شواهدی دال بر وجود واکنش‌های رفتاری در برابر عوامل تحریک کننده خارجی

• عملکرد طبیعی ساقه مغز

• کنار گذاشتن سایر اختلالات قابل درمان عصبی یا روانی با کمک آزمون‌های نوروفیزیولوژیک یا نوروسایکولوژیک یا تکنیک‌های تصویربرداری

تشخیص بایستی توسط نورولوژیست مشاور به تأیید رسیده و حداقل به مدت یک

ماه بدون پیشرفت بالینی باشد

و همراه با یافته‌های تصویربرداری (MRI یا CT) مغزی به تأیید برسد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

• هرگونه ضربه سر شدید به علت سوء استفاده (abuse) از کودک یا تهاجم (assault) توسط سرپرست قانونی یا سایر خشونت‌های خانوادگی

• هرگونه ضربه سر شدید به علت آسیب به خود، مصرف الکل یا مواد مخدر

۷- نابینایی / از دست دادن دید عمقی (Profound)

از دست دادن بینایی هر دو چشم ناشی از بیماری یا تروما، که نمی‌توان با تصحیح انکساری، دارو یا جراحی اصلاح کرد، به عنوان نابینایی / از دست دادن دید عمقی شناخته می‌شود. از دست دادن دید عمقی، با قدرت بینایی ۳/۶ یا کمتر (۰/۰۵ یا کمتر) در چشم سالمتر پس از بهترین اصلاح بینایی یا یک میدان بینایی با قطر کمتر از ۱۰ درجه در چشم سالمتر پس از بهترین اصلاح بینایی، نشان داده می‌شود

تشخیص باید توسط متخصص مشاور تأیید شود. تشخیص باید همراه با آزمایشات مناسب باشد. در کودکان زیر ۳ سال، آزمایش‌های عینی (مثلاً پتاسیل تحریک شده

بینایی) مورد نیاز است

تعاریف فوق مورد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- هرگونه نابینایی یا اختلال بینایی عمقی مادرزادی یا ارثی که شامل نابینایی/اختلال بینایی عمقی به علت عفونت در دوران بارداری باشد

۸- ناشنوایی:

ناشنوایی قطعی دائمی و غیر قابل بازگشت در هر دو گوش ناشی از هرگونه بیماری یا صدمات تصادفی که نمی‌تواند به وسیله سمعک به‌طور کامل جبران شود تا ارتباطات عادی برقرار شود (آستانه شنوایی بیش از ۹۰dB) به عنوان ناشنوایی شناخته می‌شود

تشخیص باید توسط یک متخصص ENT مشاور تأیید شود و همراه با یافته‌های شنوایی سنجی (به عنوان مثال پاسخ شنوایی ساقه مغز (brain stem))، به تأیید برسد

تعاریف فوق مورد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- هر نوع ناشنوایی که مادرزادی یا ارثی است شامل ناشنوایی ناشی از عفونت در دوران بارداری

۹- تومور خوش خیم مغزی:

تشخیص قطعی تومور خوش خیم مغز، رشد غیر بدخیم بافت در حفره کرانیال و منشأ گرفته از بافت مغز، مننژ یا اعصاب کرانیال می‌باشد. تومور بایستی حداقل با یکی از موارد زیر درمان شود:

• برداشت کامل یا نسبی توسط جراحی

• رادیوتراپی داخلی (Stretotactic Radiosurgery)

• اشعه دهی ستونی خارجی

اگر هیچ یک از روش‌های فوق به دلایل پزشکی امکانپذیر نبود، تومور بایستی یک اختلال ثابت نورولوژیک که حداقل به مدت ۳ ماه پس از تشخیص ادامه دارد را ایجاد نماید. تشخیص می‌بایست توسط نورولوژیست یا جراح مغز و اعصاب مشاور و

همراه با یافته‌های تصویربرداری صورت پذیرد

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- تشخیص یا درمان هر نوع کیست، گرانولوم، همارتوما یا اختلال ساختاری شریان‌ها یا وریدهای مغزی

- تومورهای غده هیپوفیز

- تومورهای مادرزادی

#### ۱۴- هپاتیت ویروسی برق آسا (Fulminant):

مواردی که منجر به نارسایی حاد کبد می گردد، به عنوان هپاتیت ویروسی برق آسا شناخته می شود. تشخیص هپاتیت برق آسای ویروسی شامل تمامی موارد زیر می باشد:

- روند کلاسیک تغییرات سرولوژیک در موارد هپاتیت حاد ویروسی
- ایجاد انسفالوپاتی کبدی
- کاهش اندازه کبد
- افزایش مقادیر بیلی روبین
- گواکولوپاتی با INR بیش از ۱/۵
- ایجاد نارسایی کبد به فاصله ۷ روز از شروع علائم
- عدم سابقه قبلی بیماری کبدی

تشخیص می بایست توسط متخصص داخلی مشاور تأیید گردد.

در تعاریف فوق، موارد زیر تحت پوشش قرار نمی گیرند:

- سایر نارسایی های کبدی به علل غیر ویروسی (مشمول بر مسمومیت پاراستامول (استامینوفن) و افلاتوکسین)

- هپاتیت برق آسای ویروسی همراه با سابقه استفاده وریدی مواد مخدر

#### ماده ۴- وظایف بیمه گذار، بیمه شده و استفاده کنندگان،

۱. بیمه گذار موظف است حق بیمه سالیانه را نقداً بپردازد، مگر اینکه طرفین به نحو دیگری نسبت به پرداخت حق بیمه توافق نموده باشند.
۲. برحسب مورد، بیمه گذار یا بیمه شده، می بایست فرم درخواست بیمه گذار، نظریه پزشک معالج و یا پزشک قانونی (کپی برابر اصل)، کلیه مدارک بیمارستانی (کپی برابر اصل)، اصل صورتحساب هزینه های درمانی و یا سایر مدارک مورد درخواست را به بیمه گر تسلیم نموده و به کلیه استوالاتی که در رابطه با سوابق بیمه شده از ایشان می شود، از روی صداقت پاسخ دهند.

۳. استفاده کننده سرمایه بیماری های تحت پوشش مندرج در جدول بیمه نامه، بیمه شده می باشد. در صورتی که بیمه شده به سن قانونی نرسیده باشد، سرمایه بیماری های تحت پوشش مندرج در جدول بیمه نامه به ولی یا قیم قانونی وی پرداخت می گردد.

۴. بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از ابتلا به بیماری های فوق، مراتب را به بیمه گر اعلام نماید.

تبصره: در صورتی که بیمه گذار یا استفاده کننده بیمه، تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند، بیمه گر می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات قابل پرداخت خود، خودداری نماید.

#### ماده ۵- مدت پوشش،

مدت این پوشش برابر با یک سال تقویم شمسی است و از تاریخ صدور بیمه نامه آغاز و در هر سال بیمه ای به طور خودکار، بر اساس جدول بیمه نامه، تمدید می گردد، مگر آنکه بین طرفین به نحو دیگری توافق شده باشد.

تبصره: حداکثر سن بیمه شده جهت استفاده از این پوشش برای بزرگسالان ۶۰ سال تمام و برای کودکان ۱۸ سال تمام است.

#### ماده ۶- حداکثر تعهد بیمه گر،

حداکثر تعهد بیمه گر معادل سرمایه بیماری های تحت پوشش مندرج در جدول بیمه نامه برای سال اول و مندرج در گزارش های سالانه در سال های بعد می باشد. پرداخت خسارت به صورت سرمایه ای است و خسارت براساس گروه بیماری پرداخت می شود و در هر گروه فقط یک بار، ۱۰٪ سرمایه امراض پرداخت می شود و بعد از سه بار پرداخت خسارت، پوشش امراض حذف می شود.

#### ماده ۷- استثنائات،

الف: مبتلا شدن به بیماری های مندرج در ماده ۲ و ۳ در اثر اعتیاد، مستی یا استعمال هر گونه ماده مخدر و یا داروهای محرک بدن بدون تجویز پزشک

ب: ابتلا به هر نوع بیماری دیگر غیر از موارد مندرج در ماده ۲ و ۳

#### ماده ۸- کتمان حقایق،

در صورتی که معلوم گردد بیمه شده یا قیم قانونی وی یا بیمه گذار، قبل از صدور بیمه نامه از وجود بیماری قبلی یا لزوم انجام درمان بیماری های مندرج در ماده ۲ و ۳، اطلاع داشته باشد و به بیمه گر اعلام نکرده باشد، بیمه گر تعهدی در جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

#### ماده ۹- دوره انتظار،

دوره انتظار مدت زمانیه است که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران خسارت های مشمول این الحاقیه ندارد. دوره انتظار پوشش امراض خاص، ۹۰ روز از آغاز پوشش بوده و در صورت ابتلا بیمه شده به هر یک از بیماری های مندرج در ماده های ۲ و ۳، بیمه گر تعهدی به جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

تبصره: دوره انتظار در خصوص بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS)، ۱۸۰ روز از آغاز پوشش در نظر گرفته می شود.

#### ماده ۱۰- دوره بقا (زنده ماندن)،

سرمایه بیماری های مندرج در ماده ۲ و ۳ در صورت زنده ماندن بیمه شده پس از ۳۰ روز بعد از تشخیص بیماری قابل پرداخت بوده و در صورت فوت بیمه شده در اثر ابتلا به هر یک از بیماری های مندرج در ماده ۲ و ۳ در کمتر از ۳۰ روز، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت سرمایه بیماری ها نخواهد داشت.

شرایط این پوشش اضافی و آثار مترتبه آن، صرفاً با مهر و تأیید شرکت بیمه سامان، قابل اجراء و استناد می باشد.