

حق بیمه همراه با مالیات ارزش افزوده

درمان تکمیلی به ازاء هر نفر در هر ماه مبلغ **۸۶۰,۰۰۰ ریال** می باشد.

با توجه به طرح تجمیع امور بیمه ای دانشگاه، قرارداد بیمه درمان تکمیلی **بمدت ۱۵**

ماه و از تاریخ **۱۳۹۹/۱۲/۰۱** لغایت **۱۴۰۱/۰۲/۳۱** می باشد.

ثبت نام بیمه درمان تکمیلی صرفاً از طریق سامانه بوده و آخرین مهلت ثبت نام تا

پایان وقت اداری مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۵ می باشد.

در زمان **ثبت نام بیمه درمان تکمیلی به موارد و شرایط** ذیل توجه شود.

✓ **حق بیمه:** حق بیمه ماهانه هر بیمه شده (اصلی و تحت تکفل) مبلغ **۸۶۰,۰۰۰ ریال** می باشد و حق بیمه برای کلیه سنین و همه افراد بیمه شده یکسان می باشد .

✓ **فرانشیز:** در صورت عدم استفاده از خدمات بیمه گر پایه (تامین اجتماعی - خدمات درمانی) از هزینه های ارائه شده فرانشیز کسر خواهد شد. فرانشیز هزینه های غیر مشمول بیمه گر اول و هزینه های مربوط به دندانپزشکی و عینک **۲۰ درصد خواهد بود.** داشتن بیمه گر اولیه صرفاً برای بیمه شده اصلی الزامی می باشد. (بیمه شده اصلی کارمند رسمی ، پیمانی و قراردادی دانشگاه می باشد) و برای افراد تحت تکفل نیز در صورت نداشتن بیمه گر اول ۲۰٪ فرانشیز کسر و هزینه های درمان پرداخت خواهد شد.

✓ **افراد تحت تکفل:** ارائه پوشش بیمه ای برای افراد تحت تکفل شامل: همسر ، فرزندان ، پدر و مادر بیمه شدگان اصلی بدون دریافت حق بیمه اضافی خواهد بود. و بیمه شدگان خانم نیز می توانند بدون سرپرست بودن فرزندان، همسر و پدر و مادر خود را تحت پوشش بیمه قرار دهند.

✓ **دوره انتظار برای هزینه زایمان:** برای کلیه بیمه شدگان اعم از بیمه شدگان قرارداد سال قبل و قرارداد جدید به استثناء زایمان دوره انتظار حذف شده است و صرفاً در هزینه های زایمان برای بیمه شدگان جدید ۵ ماه دوره انتظار وجود دارد. لذا نفراتی که امسال به لیست بیمه اضافه می شوند تا تاریخ ۱۴۰۰/۰۴/۳۱ نمی توانند از هزینه زایمان استفاده نمایند.

✓ **اعمال تعرفه های پزشکی:** پرداخت هزینه های بیمه شدگان بر مبنای تعرفه مورد تایید وزارت بهداشت و درمان (شورای عالی بیمه سلامت و یا تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران ایران) خواهد بود. لذا همکاران بیمه شده می توانند از مراکز درمانی طرف قرارداد (بیمارستانی، پاراکلینیکی، دندانپزشکی، چشم پزشکی و....) با شرکت بیمه دی استفاده کنند تا مبلغ مازاد بر تعرفه پرداخت نمایند.

✓ **مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه دی:** شرکت بیمه دی (طرف قرارداد بیمه درمان تکمیلی دانشگاه) در کلیه شهرها با بیمارستانها و مراکز پاراکلینیکی دارای قرارداد می باشد و بیمه شدگان محترم درمان تکمیلی می توانند صرفاً با ارائه کارت ملی و بدون پرداخت مبلغ، از خدمات درمانی مراکز فوق استفاده نمایند لیست مراکز درمانی طرف قرارداد بزودی اطلاع رسانی خواهد شد.

✓ **مدت قرارداد بیمه رمان تکمیلی:** جهت رفع مشکلات مربوط تمدید بیمه نامه در پایان هر سال و مشکلات مربوط به برگزاری مناقصه و جهت طرح تجمیع کلیه امور بیمه ای دانشگاه، کلیه قراردادهای دانشگاه از جمله قرارداد درمان تکمیلی برای مدت ۱۵ ماه و از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۲/۳۱ می باشد. مبلغ حق بیمه ۸۶۰,۰۰۰ ریال برای هر ماه بوده و در طول مدت ۱۵ ماه افزایش نخواهد یافت (علیرغم افزایش تعرفه ها در سالهای ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ حق بیمه ثابت بوده و افزایش نخواهد یافت).

✓ **تأیید لیست نهایی ثبت نام کنندگان:** صحت اطلاعات ثبت شده بیمه شدگان در سامانه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی با بیمه شده می باشد و بعد از اتمام مهلت ثبت نام و تأیید لیست توسط مدیریت محترم واحد، به هیچ عنوان امکان ویرایش و حذف و اضافه وجود نخواهد داشت.

✓ **افزایش و کاهش در طول مدت قرارداد:** در طول مدت اعتبار بیمه نامه صرفاً ، امکان افزایش و کاهش در موارد مشخص شده ذیل وجود خواهد داشت:

- نفرات قابل اضافه در طول مدت قرارداد: استخدام جدید ، تولد نوزاد ، ازدواج بیمه شده اصلی ، انتقالی از سایر مراکز
- نفرات قابل حذف در طول مدت قرارداد: فوت بیمه شده ، قطع همکاری بیمه شده با دانشگاه ، انتقال به خارج از استان

لازم به توضیح است ، در صورتیکه بیمه شده هزینه ای دریافت کرده باشد ، در صورت حذف باید تا پایان قرارداد حق بیمه را پرداخت نماید.

✓ **شماره شبا برای واریز هزینه های درمانی :** جهت سهولت در پرداخت هزینه بیمه شدگان ، شماره حساب شبا توسط بیمه گذار ارائه خواهد شد. شماره شبا ی بانک رفاه همکاران در سامانه برای بیمه شده قابل رویت می باشد و بیمه شده میبایست از صحت و سقم شماره حساب و شماره شبای خود اطمینان حاصل نمایند.

✓ **هزینه های دندانپزشکی :** در هزینه های دندانپزشکی در موارد عصب کشی و روکش و ترمیم های بیش از ۳ دندان (در طول مدت قرارداد) رادیو گرافی قبل و یا بعد از درمان می بایست ارائه شود . هزینه های دندانپزشکی مربوط به بیمه شده اصلی ، همسر و فرزندان بوده و والدین (پدرومادر) فاقد پوشش دندانپزشکی می باشند.

✓ **هزینه های فیزیوتراپی و درمان ناباروری :** برای پرداخت هزینه های درمان ناباروری و فیزیوتراپی ارائه سوابق بیمار ضروری می باشد. در هزینه های مربوط به فیزیوتراپی برای بیمه شدگان زیر ۳۰ سال و همچنین برای فیزیوتراپی بیش از ۲۰ جلسه نیاز به MIR می باشد.

✓ **شرط سنی بیمه شدگان :** پوشش بیمه برای فرزندان ذکور تا سن ۲۲ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سال تمام و برای دانشجویان پزشکی تا ۲۶ سال تمام می باشد. در صورت عدم رعایت شرط سنی و ثبت نام افراد غیر مشمول، حق بیمه تا اعلام کتبی به بیمه گراز طرف بیمه شده، غیر قابل عودت بوده و صرفاً برای ماههای آتی حق بیمه دریافت نخواهد شد با توجه به اینکه در زمان ثبت نام الزامی به ارائه مدارک بیمه شدگان (مدارک تحصیلی بیمه شدگان ذکور بالای ۲۲ سال برای کنترل دانشجو بودن و همچنین شناسنامه بیمه شدگان اناث برای کنترل عدم ازدواج) نمی باشد ، صحت ثبت نام با بیمه شده بوده و در صورت اشتباه و عدم رعایت شرایط ، حق بیمه ماههای گذشته قابل عودت نمی باشد. در زمان پرداخت هزینه های بیمه شدگان فوق ، در صورت درخواست بیمه گر مدارک (گواهی تحصیل و اصل شناسنامه) می بایست ارائه شود. لذا بیمه شدگان محترم می بایست در زمان ثبت نام دقت لازم را داشته باشند.

✓ **ازدواج بیمه شده تحت تکفل :** بیمه شدگان انات می توانند تا تاریخ ازدواج و بدون شرط سنی تحت پوشش بیمه

قرار گیرند. از روز ازدواج ، بیمه شده از لیست بیمه حذف خواهد شد و در صورت دریافت هزینه ، حق بیمه تا پایان

قرارداد می بایست در وجه شرکت بیمه پرداخت شود.

✓ **بیمه درمان تکمیلی نیروهای طرحی :** با توجه به تقاضای نیروهای طرحی جهت ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی

، امکان بیمه نمودن نیروهای فوق بشرط ذیل فراهم گردیده است :

الف) تعهد پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد با واحد ثبت نام کننده می باشد. در صورت اتمام یا قطع طرح نیروهای فوق و بشرط عدم دریافت هزینه درمانی ، صرفا با اعلام کتبی مرکز ثبت نام کننده ، از ابتداء ماه بعد حق بیمه از بیمه شده دریافت نخواهد شد. لذا رابطین محترم رفاهی و امور مالی هر واحد قبل از ارائه تسویه حساب به نیروی طرحی ، از دفتر بیمه دانشگاه مفاصا حساب بیمه دریافت نمایند.

ب) پیشنهاد میگردد جهت جلوگیری از مشکلات پیش رو در طول مدت دوره طرح ، در زمان ثبت نام ۳ فقره چک بابت حق

بیمه به تاریخهای ۱۴۰۰/۰۱/۳۱ و ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ و ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ در وجه شرکت بیمه دی تحویل کارگزار بیمه

گردیده و رسید اخذ گردد.

✓ **مهلت تحویل مدارک هزینه :** بیمه شدگان متعهد می گردند حداکثر ظرف مدت ۵ ماه در طول اعتبار قرارداد و

حداکثر ۱ ماه بعد از انقضای قرارداد نسبت به تحویل مدارک هزینه اقدام نماید در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در

پرداخت خسارت نخواهد داشت.

✓ **نحوه حذف بیمه شده :** بیمه شدگان در صورت قطع همکاری با دانشگاه علوم پزشکی می بایست ظرف مدت ۱۵

روز به شرکت بیمه اعلام نمایند و در صورتیکه تا آن تاریخ هزینه ای دریافت ننموده باشند حق بیمه از ابتداء ماه بعد

وصول نخواهد شد و در صورت دریافت هزینه حق بیمه تا پایان اعتبار قرارداد می بایست در وجه شرکت بیمه پرداخت

شود. ملاک عمل تاریخ دبیرخانه شرکت بیمه برای وصول نامه می باشد.

صورت ریز تعهدات شرکت بیمه در طول مدت قرارداد بشرح جدول ذیل می باشد.

ردیف	نوع تعهدات	سقف تعهدات سالانه
------	------------	-------------------

<p>۱۷۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>حداکثر سقف تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (day care) ، آنژیوگرافی قلب ، هزینه های عمل دیسک ، ستون فقرات و انواع سنگ شکن ، بیرون آوردن تومورهای خوش خیم و بد خیم ، شیمی درمانی (بستری سرپائی و داروئی در مطب و بیمارستان) ، کورتاژ تخلیه ایبی با تشخیص پزشک ، جراحی فک و بینی (بشرطی که عمل زیبایی نباشد) هزینه پیوند اعضاء مصنوعی و انواع پروتز ، تعویض مفصل و هزینه های جانبی آن ، پرداخت هزینه های دارو و درمان بیماریهای خاص و صعب العلاج (شامل انواع سرطان و شیمی درمانی بستری و سرپائی، MS و داروی MS ، بیماریهای نوروپاتی ، پارکینسون، پسوریازیس، کتونومی ، ایدز و سوختگی) و بیماریهای ضعف عصب و عضله (از جمله ALS، MLS، پلی میوزیت، سندرم دوشن و...) و بیماریهای اوزون تراپی و اتوایمن (از جمله آرتریت روماتوئید، لوپوس، پمفیگوس و...) بای پس معده و جذاحی اسلیو معده ، ترزریق سلول بنیادی و جبران هزینه داروهای کولیت معده ، روده و رماتیسم ، بیماریهای اعصاب و روان روان پریشی ، هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک. هزینه همراه بیماران کمتر از ۱۰ سال و بیشتر از ۷۰ سال</p>	<p>پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی (به استثناء زایمان)</p>	<p>۱</p>
<p>۳۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>شامل اعمال جراحی سرطان ، قلب ، گامانایف ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (با استثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه ، کبد ، ریه ، و مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخلی مغز، جبران هزینه های تخصصی برای شیمی درمانی (تعهدات این بند با احتساب بند ۱ میباشد)</p>	<p>جبران هزینه ۶ عمل جراحی مهم</p>	<p>۲</p>
<p>۷۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>شامل هزینه زایمان طبیعی ، زودرس و عمل سزارین (به دستور پزشک و یاد درخواست مادر)</p>	<p>جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین</p>	<p>۳</p>
<p>از محل بند ۳</p>	<p>مانند لاپاراسکوپی تشخیصی ، درمانی، میکرواینجکشن، IVF ، IUI ، GIFT ، ZIFT ، TTSC و کلیه هزینه های داروئی مربوط به نازائی (مانند HCG .THMG و به استثناء داروهای ویتامینی و مکمل) ، اعمال جراحی مرتبط نازائی</p>	<p>هزینه های درمان نازایی و ناباروری</p>	<p>۴</p>
<p>۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، انواع اسکن و سی تی اسکن ، ماموگرافی ، انواع سونوگرافی واندوسونوگرافی، انواع MRI ، انواع اکو کاردیوگرافی ، هولتر مانیتورینگ قلب، انواع رادیوتراپی، رادیولوژی ، انواع آندوسکوپی (سیستوسکوپی ، سینوسکوپی ، کلونوسکوپی ، رکتوسکوپی و ...)، پاپ اسمیر، لیزر درمانی و کارد درمانی و گفتار درمانی ، سنجش تراکم استخوان ، فیزیوتراپی ، اودیومتری، تمپانومتری، اپتومتری، پریمتری چشم، تست ژنتیک ، اسپیرومتری، دانسیتومتری، خدمات مکمل در اقدامات تشخیص پزشکی هسته</p>	<p>هزینه های پاراکلینیکی (۱)</p>	<p>۵</p>

	ای و طب هسته ای، FNA تیروئید و سینه و نوروفیدبک تست ورزش آنالیز پیس میکر ، EECF. تیلت تست ، نوار قلب جنین ، تزریق داخل ضایعه بجز زیبایی		
۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال	شامل انواع تست ، نوار قلب ، نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، نوار مثانه، تست ارودینامیک، ادیوترابی، پاکیمتری، مانومتري، آنژیوگرافي و توپوگرافي چشم، پلتیسموگرافي، پنتاکم، ICG، HRT، OCT، تزریق MOG، تزریق IVIG، تزریق BCG، نوار چشم، رینوسکوپي، رینو مانومتري انواع بیوپسي، استوگرافي، تست آمینوسنتز، تست تنفسي، بینایی سنجی	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۶
۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال	مانند شکستگی ها ، گچ گیری و گچ برداری ، ختنه ، بخیه ، جا اندازی در رفتگی و آتل بندی ، الکترو کوتر ، کرایوترابی، اکسیژون لیوم ، تخلیه کیست ، شستشوی گوش ، لیزر درمانی (با استثناء رفع عیوب دید چشم) ، بیرون آوردن جسم خارجی از نسج نرم، برداشتن میخچه، جراحی ناخن، درمان خونریزی بینی، شالازیون و هوردیلوم چشم، بیوپسي (کلیه هزینه های بستری سرپایی به استثناء اعمال غیر مجاز در مطب) ، بیماران خاص شامل (بیماریهای هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند کلیه)	هزینه جراحی های مجاز سرپایی	۷
۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال	جبران انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی ، تست های آلرژیک ، جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین و ناهنجاری های جنین	هزینه های آزمایش	۸
۱۶/۰۰۰/۰۰۰ ریال	شامل : انواع لنز ، عینک و عدسی چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک بیمه شده سه دیوپتر و یا بیشتر باشد. تأیید پزشک معتمد بیمه قبل از عمل لیزیک ضروری است. (برای هر چشم)	هزینه رفع عیوب انکساری چشم	۹
۱۸/۰۰۰/۰۰۰ ریال	کشیدن ، جرم گیری، بروساز، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش	دندانپزشکی	۱۰
۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال	(انواع لنز، عینک، عدسی)	عینک	۱۱
۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال	هزینه کلیه ویزیت های مربوط به پزشکان عمومی و تخصصی و فوق تخصص طبق تعرفه و هزینه های داروهای درمانی (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول)	ویزیت و دارو	۱۲