

مدیریت محترم نظام مهندسی ساختمان استان اردبیل

با سلام؛

احتراماً، بازگشت به نامه شماره ۱۴۰۴/۱۰۷۹۷ مورخ ۱۴۰۴/۰۱/۲۷، در خصوص استعلام نرخ پوشش های درمان کارکنان شاغل سازمان نظام مهندسی ساختمان استان اردبیل و افراد تحت تکفل آنان به تعداد ۲۴۰ نفر بدینوسیله نرخ و شرایط پوشش های درخواستی به شرح ذیل ارسال می گردد .

خواهشمنداست دستور فرمایید در صورت موافقت مراتب را بصورت مکتوب به این سرپرستی اعلام فرمایند .

الف) نرخ و شرایط بیمه درمان تکمیلی کارکنان شاغل و افراد تحت تکفل شرکت نظام مهندسی استان اردبیل - تعداد ۲۴۰ نفر

ردیف	عنوان پوشش	شرح تعهدات	سقف تعهدات طرح ۱-ریال	سقف تعهدات طرح ۲-ریال
۱	جراحی های عمومی و بستری	جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف
۲	جراحی های تخصصی	جبران هزینه برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز. (با احتساب بند ۱)	۱.۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف
۳	زایمان	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین .	۱۸۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف
۴	ناباروری و نازایی	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط GIFT, ZIFT, IUI, میکرواینجکشن و IVF	---	بدون سقف
۵	رفع عیوب انکساری چشم	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر دو چشم.	۱۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۶	پاراکلینیکی گروه ۱	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری .	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف
۷	پاراکلینیکی گروه ۲	جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی یا نوار قلب ، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپرومتری (PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف
۸	پاراکلینیکی گروه ۳	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک.	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف
۹	پاراکلینیکی گروه ۳	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کار درمانی (OT) .		۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۰	پاراکلینیکی گروه ۳	جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	---	بدون سقف
۱۱	جراحی های مجاز سرپایی	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف
۱۲	ویزیت و دارو	هزینه های ویزیت (طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت)، مشاوره دارو (طبق فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً پس از کسر سهم بیمه گر پایه) ، داروی آزاد و خارجی بشرط تجویز پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری .	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف
۱۳	عینک و لنز طبی	جبران هزینه مربوط به خرید عینک یا لنز تماس طبی .	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۴	دندانپزشکی	جبران هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساژ، روکش و جراحی لثه ، ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی (به استثنا اعمال زیبایی) طبق تعرفه سندیکای بیمه	۱۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۵	سمعک	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک برای هردو گوش	---	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰

۱۶	اروتز	هزینه تهیه اروتز بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر	--	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۷	آمبولانس	درون شهری : هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.	۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
		برون شهری: هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ تا سن ۶۰ سال .				
			۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰

* با توجه به تعداد بیمه شده ها صرفا امکان صدور یکی از طرح های فوق در بیمه نامه میسر می باشد.

* اعتبار کلیه نرخ های مندرج در جدول تعهدات حداکثر ۱۴ روز کاری پس از تاریخ اعلام می باشد.

* ارائه آخرین لیست پرداخت حق بیمه به بیمه گر اولیه (سازمان تأمین اجتماعی و یا خدمات درمانی و) ضروری است.

* حداقل ۷۰٪ افراد مندرج در آخرین لیست پرداخت حق بیمه به بیمه گر اولیه باید متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند و تحت پوشش قرار گیرند .

* نرخ و شرایط برای بیمه شدگان اصلی و افراد تحت تکفل تا سن ۶۰ سال تمام می باشد لذا بیمه شدگان ۶۱ الی ۷۰ سال با ۵۰٪ حق بیمه اضافی و بیمه شدگان بالای ۷۰ سال با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

* نرخ و شرایط جهت تعداد حداقل ۲۴۰ نفر اعلام گردیده و در صورت کاهش نفرات بیش از ۱۰ درصد نرخ و شرایط قابل تعدیل خواهد بود.
* دوره انتظار استفاده از زایمان ۹ ماه تمام است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد ، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

* صدور قرارداد درمان منوط به صدور بیمه نامه عمر و حوادث گروهی می باشد.

* پرداخت خسارت بر اساس تعرفه مصوب و ابلاغی وزارت بهداشت و سندیکای بیمه گران در سال ۱۴۰۴ می باشد. لازم به ذکر است هم اینک شرکت بیمه ما با قریب ۴۰۰۰ مرکز درمانی آماده ارائه خدمات الکترونیک و آنلاین در سراسر کشور می باشد.

* بیمه شدگان محترم می توانند با مراجعه به بخش خدمات الکترونیک در سایت بیمه ما با درج کد ملی از کلیه اطلاعات خسارتی خود و خانواده زیرمجموعه مطلع گردند .

* با توجه به ابلاغ بیمه مرکزی در خصوص لزوم حذف نسخ کاغذی و پرداخت دارو بصورت الکترونیک ، کلیه نسخ ثبت شده در داروخانه به صورت الکترونیک پرداخت می گردد و نسخ بصورت کاغذی دریافت نخواهد شد.

* نوار تشخیص قندخون (تست قندخون) همراه با آزمایش و تجویز پزشک متخصص غدد و یا متخصص داخلی قابل پرداخت می باشد .

* لیزر کم توان فیزیوتراپی تا سقف ۱۰ جلسه و مازاد برآن با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است .

* ارائه پرینت ادیومتری و تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی وجعبه سمعک در زمان پرداخت خسارت سمعک ضروری است.