

تعهدات بیمه سرمد (بیمه تکمیل درمان از تاریخ ۹۹/۱۰/۱ لغایت ۱۴۰۰/۹/۳۰)

ردیف	نام تعهدات	حداکثر تعهدات سالیانه ریال
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی ، رادیو تراپی ، ژنویوگرافی قلب ، گامانایف، تست خواب و انواع سنک شکن، جراحی های چشم) به استثنای لیزیک، قرنیه، جبران هزینه های پروتز همانند لنزو... که طی جراحیهای مورد تعهد در داخل بدن کار گذاشته می شود (و کورتاژ (تشخیصی) در بیمارستان و مراکز محدود ، بیماریهای صعب العالج مانند (ام اس) سرطان هزینه سیتوپلاستی (انحراف بینی) در صورتی که قبل و بعد از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه رسیده باشد . داروهای بیماریهای صعب العالج مانند (ام اس) هموفیلی، نارسایی کبد، تالاسمی	بدون سقف
۲	افزایش هزینه اعمال جراحی مربوط به درمان جراحی سرطان ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، جراحی ستون فقرات، جراحی قلب، آنژیوپلاستی ، عروق کرونر، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند قلب، پیوند مغز استخوان، پیوند قرنیه، گامانایف قلب ، با احتساب ردیف ۱	بدون سقف
۳	هزینه زایمان (طبیعی و سزارین) جبران هزینه های درمان نازایی مانند : میکرو اینجکشن (-IVF-IUI-GIFT ZIFT-ITSE).	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی (۱) شامل انواع سونوگرافی (سونوگرافی به استثنای ناهنجاری جنین و غربالگری)، سونوگرافی در مطب پزشک ، ماموگرافی ، انواع استکن ، انواع سی تی اسکن ، انواع اندوسکوپی ، ام آر ای ، اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو و جبران هزینه های خدمات از مایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، انواع چکاب پزشکی، بادی کامپوزیشن -فوت اسکنر -پاسچر -تبادل سنج پویا دینامومتر، انواع پاتولوژی ، آسیب شناسی و ژنتیک شناسی ، انواع آزمایش به استثنای چکاب و آزمایش های ناهنجاری جنین، انواع رادیولوژی ، نوار قلب ، فیزیوتراپی ، گفتار درمانی، مشاوره درمانی، کارد درمانی، سنجش تراکم استخوان، ان اس تی (نوار قلب جنین) ، تست استرس و تیلت تست، فالت تست، پت اسکن دانسیتومتری و مشاوره روان درمانی ، آمینو سنتز، فیبرو اسکن، کایروپرکتیک، مگنت تراپی، شک ویو، لیزر پرتوان، نوروفیدبک، بیوفیدبک، باز توانی قلب	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ سقف خانوار

۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ سقف خانوار	هزینه های پاراکلینیکی (۲) شامل تست ورزش ، تست آلرژی، انواع تست های تنفسی مانند (اسپیرومتری، بادبکس (دی ال کو)، استوگرافی، تست متاکولین، ارگواسپیرومتری، پلتیسموگرافی، و غیره، انواع تستهای ارزیابی شنوایی مانند (تیمانومتری، ادیومتری، ای بی آر) بررسی عصب شنوایی او کو گوش، تستهای ارزیابی بینایی مانند تست (اوسی تی و وی ای پی) پریمتری چشم اندازه گیری میدان بینایی، تست قند در مطب، اپتومتری ، هولترمانیتورینگ قلب، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز ، الکترو میوگرافی مثانه، مانومتری، بینایی سنجی ، پاکیمتری، توپوگرافی، پنتاکم، تست بیورودینامیک، آنژیوگرافی چشم ، نقشه مغزی	۵
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ سقف خانوار	هزینه های جراحی مجاز سرپایی شکستگی ها و درفتگی ها ، گچ گیری و باز کردن گچ ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیوین لیپوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) کشیدن ناخن، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شلازیون ، ناخنک چشم ، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش، و بینی، تزریق در داخل مفاصل ، شستشوی گوش، برداشتن میخچه، زگیل، تزریق داروی سرطان، مثانه بی سی خال ، خدمات اورژانس در موارد غیربستری (دارو، تخت اورژانس، تزریق، ویزیت و ...) پانسمان، نمونه برداری تست پاپ اسمیر	۶
۳۸,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات با مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد . برای هر دو چشم (هرچشم نصف تعهد)	۷
بدون سقف	جبران هزینه های دارو و ویزیت عمومی، متخصص، فوق تخصص، مشاور، روان پزشک، ماما، اپتومتریست، دندانپزشک ، جراح دندان، پزشک ، کارشناس ارشد پروانه دار، مشاوره تغذیه، سایر موارد مشابه و خدمات اورژانس در مواقع غیر بستری (حق فنی دارو و تزریقات قابل پرداخت باشند، هزینه سرنگ ، آب مقطر، آنژیوتوک، ست سرم، اسکالپ وین و غیره ، هزینه داروهای داخل یا خارج فارماکوپه که در تعهد بیمه پایه نبوده و جنبه درمانی دارد، هزینه داروهای مکمل و ویتامین و پروتین که جنبه درمانی دارند با تشخیص پزشک متخصص، جبران واکسن ها مانند آنفلونزا در صورت تجویز پزشک ، جبران داروهای بیماران خاص چنانچه داروها مرتبط با بیماری باشد، جبران ویتامین های خارجی که جنبه درمانی دارند در صورتی که پزشک معالج یا متخصص تجویز کرده باشد، جبران داروهای خارجی با تشخیص پزشک متخصص، داروهای هورمون رشد، داروهای پوستی که جنبه درمانی دارند و داروهای پایه گیاهی	۸
۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی (سخت و نرم)	۹

۴۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به دندانپزشکی (کشیدن دندان، جرم گیری، پروساز، ترمیم، پرکردن، عصب کشی، روکش، ایمپلنت، ارتودنسی، جراحی لثه، دندان مصنوعی، درمان ریشه) - شکافتن آبسه دهان، و خالی کردن آن در دندانپزشکی به صورت شناور (استفاده اعضای یک خانواده از سقف یکدیگر)	۱۰
۴,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه اورتز که بلا فاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	۱۱
۱۸,۰۰۰,۰۰۰	هزینه تشخیص سونوگرافی و آزمایش ناهنجاری های جنین، هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۱۲
۴,۵۰۰,۰۰۰ ۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با انتقال بیمار بستری شده با سایر مراکز درمانی طبق دستور پزشک معالج داخل شهر و خارج شهر	۱۳

۱- جبران هزینه های اورتز (مانند سمعک، عصا، واکر، ویلچر، جوراب واریس، کمرست طبی، کمربند طبی، گردنبند طبی، کفش طبی، زانوبند طبی، مچ بند طبی، صندل طبی، کفی طبی، و ... اورتز های خریداری شده با تجویز پزشک متخصص، جراح، ارتوپد) تا حداکثر ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای مجموع بیمه شدگان با معرفی نامه کتبی بیمه گذار بدون کسر فرانشیز)

۲- تامین هزینه های ویزیت و پرستاری در منزل و کپسول اکسیژن و دستگاه اکسیژن ساز برای مجموع بیمه شدگان (حداکثر تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای مجموع بیمه شدگان با معرفی نامه کتبی بیمه گذار بدون کسر فرانشیز)

۳- افراد غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی شامل همسر و فرزندان پرسنل زن، والدین پرسنل و والدین همسران پرسنل و فرزندان پسر به شرط عدم اشتغال به کار حداکثر تا سن ۳۰ سال تمام با پرداخت حق بیمه برابر با افراد تحت تکفل، تحت پوشش می باشند.

۴- حداکثر سن برای بیمه شدگان ۸۰ سال تمام می باشد.

۵- در صورت حذف هر یک از بیمه شدگانی که طی مدت قرارداد هزینه درمانی دریافت نموده اند، عضو ملزم به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد می باشد.

۶- امکان استفاده از خدمات بیمه ای برای افرادی که از این خدمات استفاده نکردند تا ۲ ماه بعد از قرارداد مقدور است.

۷- فرانشیز کلیه هزینه ها ۱۰٪ می باشد.

۸- در صورت استفاده از بیمه پایه هزینه درمانی بیمه شده بدون کسر فرانشیز محاسبه می شود.

۹- هزینه همراه بیماران بستری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک بیمه گر از ردیف های بند ۱ و ۲ قابل پرداخت است.

۱۰- هزینه ویزیت حین جراحی سرپایی پرداخت می شود.

۱۱- پذیرش گرافی های کاغذی دارای نام همراه که با هزینه های دندانپزشکی ارسال می شوند

۱۲- هزینه های درمانی بر اساس تعرفه های اعلام شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی در تاریخ انجام، محاسبه می شود.

۱۳- هزینه های درمانی مشکل دار پرداخت می گردد و در صورتی که تخلف بیمه شده محرز گردد به واحد اطلاع داده تا از حقوق نامبرده برداشت و به حساب بیمه سرمد عودت گردد.

* مبلغ ماهیانه هزینه بیمه تکمیل درمان برای هر نفر عضو: ۱,۴۹۰,۰۰۰ ریال که از این مبلغ پنجاه درصد سهم عضو و اعضای تحت تکفل و پنجاه درصد سهم واحد

** مبلغ ماهیانه هزینه بیمه تکمیل درمان اعضای غیر تحت تکفل (شامل ردیف ۳) برای هر نفر: ۱,۴۹۰,۰۰۰ ریال

*** هزینه های بیمه اعضای شرکتی و بازنشستگان مشابه با اعضای غیر تحت تکفل محاسبه می شود .

**** نحوه پرداخت هزینه بیمه درمان تکمیلی اعضای قرارداد تمام وقت : ماهیانه از حقوق و مزایایی ایشان تا زمانی که قرارداد ایشان فسخ نگردیده است کسر و با سهم واحد در وجه بیمه گذار واریز می شود .

**** نحوه پرداخت هزینه بیمه درمان تکمیلی اعضای قرارداد پاره وقت : ارائه یک عدد چک (صیادی) به مبلغ کل هزینه تکمیل درمان در طول سال قرارداد به عنوان ضمانت و پرداخت ماهیانه پنجاه درصد از مبلغ هزینه تکمیل درمان توسط عضو و پنجاه درصد توسط واحد تا مادامی که در این واحد مشغول فعالیت می باشند در غیر اینصورت مطابق با (ردیف ۵)

**** افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل اعضای قرارداد پاره وقت : ارائه چهار فقره چک (صیادی) به سررسید تاریخ های ۹۹/۱۱/۲۰ ، ۱۴۰۰/۲/۲۰ ، ۱۴۰۰/۵/۲۰ و ۱۴۰۰/۸/۲۰ در وجه (جهاد دانشگاهی واحد صنعتی اصفهان)

**** نحوه پرداخت هزینه بیمه اعضای شرکتی و بازنشستگان : ارائه چهار فقره چک (صیادی) به سررسید تاریخ های ۹۹/۱۱/۲۰ ، ۱۴۰۰/۲/۲۰ ، ۱۴۰۰/۵/۲۰ و ۱۴۰۰/۸/۲۰ در وجه (جهاد دانشگاهی واحد صنعتی اصفهان)

تبصره : امکان اضافه و کسر افراد در طول قرارداد وجود نخواهد داشت به جز افراد جدید الاستخدام ، کارکنان انتقالی ، همسر کارکنانی که ازدواج نموده اند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت . (منوط به اعلام بیمه گذار در مهلت قانونی)

لازم بذکر است همکاران شاغل تمام وقت که در قرارداد بیمه قبل (شرکت بیمه پارسیان) می باشند نیازی به تکمیل فرم ثبت نام در بیمه نامه جدید نمی باشد ، فقط آن دسته از همکارانی که قصد انصراف و یا اضافه شدن به بیمه نامه جدید را دارند لازم است فرم مربوطه را تکمیل و به امور اداری تحویل نمایند .

سایر همکاران قرارداد پاره وقت ، شرکتی و بازنشسته لازم است جهت اضافه شدن در بیمه نامه جدید فرم ثبت نام را تکمیل و مستندات مورد نیاز در فرم را ارائه نمایند (حضور فرد جهت تنظیم فرم بیمه نامه الزامی می باشد)

مهلت ثبت نام یا انصراف : شنبه مورخ ۹۹/۱۰/۱۳ (به درخواستهای خارج از زمان اعلام شده ترتیب اثر داده نخواهد شد)