

قابل توجه بیمه شدگان محترم تکمیل ۱۴۰۳- ۱۴۰۲

شرایط و تعهدات بیمه تکمیلی درمانی دانشگاه

احتراماً با عنایت به هدف ستاد رفاهی مبنی بر ارائه خدمات بیمه‌ای در شأن و منزلت کارکنان دانشگاه هرمزگان به استحضار می‌رساند، بیمه درمان تکمیلی همکاران محترم از تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۰۱ لغایت ۱۴۰۲/۱۲/۲۹ با شرکت بیمه ایران استان هرمزگان و با شرایط و تعهدات ذیل منعقد شده است.

توجه ۱: سرانه حق بیمه درمان تکمیلی معادل ۲/۷۰۹/۴۹۲ ریال برای هرنفر خواهد بود.

- بر اساس مصوبه آئین نامه های استخدامی اعضای هیات علمی و غیر هیات علمی دانشگاه، ۵۰ درصد مبلغ حق بیمه جهت سرپرست دانشگاهی و افراد تحت تکفل قانونی و والدین تحت تکفل توسط دانشگاه به عنوان یارانه بخشی از هزینه حق بیمه پرداخت می‌گردد (۵۰ درصد به عهده دانشگاه و ۵۰ درصد به عهده متقاضی).

فرانشیز: طبق جدول ماده ۶ قرارداد درمان گروهی

تعهدات ذیل برای معالجاتی است که تاریخ شروع آنها در صورت حساب بیمار مربوط به مدت تعیین شده در قرارداد باشد، لازم به ذکر است خسارت های درمانی مربوط به ادامه معالجاتی که قبل از شروع پوشش این قرارداد برای بیمه شده اتفاق افتاده باشد در تعهد نمی باشد.

جدول ماده ۶

شرح تعهد	حداکثر تعهدات	فرانشیز(درصد)		
		بیمه شده اصلی	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
۱ تامین هزینه های بیمارستانی جراحی عمومی : هزینه های بستری طبی و جراحی، رادیو تراپی، هرنوع آنژیوگرافی (بجز چشم) انواع سنگ شکن در بیمارستان، مراکز جراحی محدود و day care هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان بجز زایمان	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۲ پرداخت هزینه های جراحی های تخصصی : افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی، رادیو تراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی ونخاع، دیسک وستون فقرات، گامانیف، پیوند ریه، پیوندکبد، پیوندکلیه، پیوند مغز واستخوان، آنژیو پلاستی و کلیه اعمال اینتر و نشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۳ پراخت هزینه های ویزیت، دارو و خدمات اورژانس :جبران هزینه ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۵۰/۰۰۰/۰۰۰			
۴ زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۵ خدمات پاراکلینیکی گروه ۱ مانند: انواع رادیو گرافی، آنژیو گرافی سربایی عروق محیطی وچشم، انواع سونوگرافی،	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰

				<p>ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن و ام آر آی، پزشکی هسته ای (اسکن هسته ای و درمان ایزو توپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان) گروه ۲: انواع اندوسکوپي، ERCP خدمت تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپرومتری و PFT و غیره...) و خدمات تشخیصی اکترو میو گرافی و هدایت عصبی (NCV,EMG) الکترو انسفالو گرافی EEG خدمات تشخیصی یورو دینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، پاکی متری، پنتاکم و ...) خدمات تشخیصی گوش مانند: تمپا نومتری، انواع ادیو متری و ... گروه ۳: خدمات آزمایشگاهی (با استثنای مار کرهای جنینی) پاتولوژی، تست های آلرژیک، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشهای ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین و غربالگری های قبل از ازدواج) پارا کلینیکی گروه ۴: خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاریهای جنینی شامل: اکوی قلب جنین مارکر های جنینی و آزمایشهای ژنتیک جنین هزینه پاراکلینیکی گروه ۵: توان بخشی، فیزیو تراپی (pt) گفتار درمانی (ST) کار درمانی ot</p>	
۶	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰	<p>تأمین هزینه های خدمات دندانپزشکی و ایمپلنت ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثنای اعمال زیبایی)</p>
۷	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰	<p>جبران هزینه عینک طبی، لنز تماسی طبی (صرفاً یک نوبت در سال بیمه ای)</p>
۸	۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰	<p>جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (یک یا هر دو گوش صرفاً یک نوبت در سال)</p>
۹	۱۷/۵۰۰/۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰	<p>تأمین هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم چپ مانند: لیزیک، لازک، RK, PRK, PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان (طبق فاکتور رسمی و معتبر) هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی قابل پرداخت است که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر دو چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد</p>
۱۰	۱۷/۵۰۰/۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰	<p>تأمین هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم راست مانند: لیزیک، لازک، RK, PRK, PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان (طبق فاکتور رسمی و معتبر) هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی قابل پرداخت است که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر</p>

				درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر دو چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
				تأمین هزینه های آمبولانس درون شهری: هزینه های آمبولانس داخل شهر وسایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج
۲۰	۱۰	۱۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	
				تأمین هزینه های آمبولانس برون شهری : هزینه های آمبولانس داخل شهر وسایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج
۲۰	۱۰	۱۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	
				جراحی مجاز سرپایی: شکستگی ، در رفتگی، گچ گیری ، ختنه ، بخیه، کرایو تراپی، اکسیژون لیوم ، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی
۲۰	۱۰	۱۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	
				جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن
۲۰	۱۰	۱۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	
				اوروتز: هزینه خرید اوروتز(طبق تعریف وزارت بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج وتایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. (فهرست و تعرفه انواع اوروتز سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد.)

توجه ۲: افرادی می توانند به صورت وابسته به فرد اصلی، تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند که دارای شرایط ذیل باشند :

- همسر کارکنان مرد و زن سرپرست دانشگاهی .
- فرزندان **ذکور مجرد** تا سن ۲۰ سال و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال و دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال و فرزندان **انات** تا هنگام اولین ازدواج.
- پدر و مادر (**به شرط داشتن دفترچه بیمه پایه**)
- ضمناً همکارانی که **والدینشان** تحت پوشش بیمه پایه (خدمات درمانی، **تأمین اجتماعی**) آنان می باشند با ارائه مستندات می توانند از **۵۰ درصد** حق سرانه پرداختی دانشگاه بهره مند گردند.

توجه ۳: پرسنل استخدام جدید، انتقالی، همسر پرسنلی که ازدواج نموده اند و یا افرادی که در طول مدت قرارداد تحت کفالت قانونی بیمه شده اصلی درآمده اند در صورتی می توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند که **حداکثر ظرف مدت ۱ ماه پس از تاریخ حکم**، کفالت و ازدواج از طریق کارگزینی به شرکت بیمه معرفی شوند.

توجه ۴: نوزادان از **بدو تولد** بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا **دو ماه پس از تولد** به بیمه گر اعلام نماید.

توجه ۵: در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد.

توجه ۶: دوره انتظار برای تعهد زایمان به مدت ۹ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر یک از بیمه شدگان خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه مربوطه نخواهد داشت ، مگر اینکه بیمه شده به صورت متوالی و مستمر قبلا تحت پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی بوده و مستندات آن را به بیمه گر تحویل نمایند

توجه ۶ : صحت اطلاعات ارسالی به عهده متقاضیان خواهد بود، لذا خواهشمند است نهایت دقت در این خصوص صورت پذیرد تا مشکلی در روند بیمه تکمیلی ایجاد نشود. همچنین عدم ارسال درخواست بیمه تکمیلی شخص، به منزله ادامه دریافت خدمات بیمه تکمیلی درمان تلقی خواهد شد.

توجه ۷ : پیرو اعلام شرکت بیمه ایران، هزینه های بیمه تکمیلی درمان همکاران محترم و افراد تحت تکفل ایشان فقط به حساب بیمه شده اصلی واریز می گردد و امکان واریز به شماره حساب افراد دیگر امکان پذیر نمی باشد.

توجه ۸ : مهلت تحویل مدارک بیمارستانی ۲ ماه و پاراکلینیکی حداکثر یکماه می باشد .

توجه ۹: در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز عینک سازی و اپتومتری غیر طرف قرارداد می بایست به همراه نسخه چشم پزشک یا اپتومتریست ، بعلاوه فاکتور معتبر هزینه انجام شده (مهمور به مهر و امضاء عینک سازی) و نیز عینک خریداری شده، به اپتومتریست معتمد بیمه ایران (عینک جهانبین) چهار راه مرادی مراجعه نموده و پس از تایید وی اسناد و هزینه را به نماینده بیمه ایران جهت دریافت خسارت ارائه نماید.

توجه ۱۰: در خصوص استفاده از خدمات مراکز بیمارستانی و فیزیوتراپی طرف قرارداد با شرکت بیمه ایران ارائه معرفینامه الزامیست.

توجه ۱۱ : در خصوص افرادی که به هر نحوی رابطه استخدامی آنان با دانشگاه قطع گردد. در صورت استفاده از خدمات بیمه تکمیلی درمان در طول قرارداد، پرداخت سرانه ماهیانه تا پایان قرارداد بر عهده خودشان بوده و ملزم به تسویه حساب تا پایان قرارداد می باشند.

آدرس شرکت بیمه ایران استان هرمزگان: بلوار امام خمینی، سه راه گمرک ، روبروی مصلی بندرعباس

ضمناً آدرس شرکت بیمه ایران برای انجام بیمه شخص ثالث و بدنه اتومبیل به شرح زیر می باشد.

آدرس : بندرعباس - میدان ۹ دی - کوچه امامت ۶ - نمایندگی ارزنده رحمانی

شماره تماس ۰۹۱۷۴۳۸۶۲۶۶