

**تعهدات بیمه تکمیل درمان انجمن مهندسان مشاور خراسان رضوی از ۱۴۰۳/۰۳/۰۱**

ردیف	عنوان تعهدات	مبلغ تعهد (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری؛ بشرط بستری جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care اعمال جراحی daycare به جراحی اطلاق میشود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقب های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد. هزینه های همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستانها به جز زایمان	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	افزایش سقف ردیف ۱ برای اعمال جراحی مهم، هزینه های شیمی درمانی، رادیو تراپی، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع دیسک و ستون فقرات، گامانایف، قلب و پیوند کلیه، ریه، کبد و مغز استخوان، سرطان، آنژیو پلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند)	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین و کورتاژ	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	لیزیک چشم راست و لیزیک چشم چپ، جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، استیکمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. (هر چشم ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه های انواع رادیو گرافی، آنژیو گرافی عروق محیطی، آنژیو گرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن ام آر آی، پزشکی هسته ای و دانسیتومتری.	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی (نوار قلب)، انواع اکو کاردیو گرافی، انواع هولتر مانیتورینگ قلب، تست ورزش، تست تنفسی (اسپیرومتری)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، خدمات تشخیصی یورو دینامیک، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	دندانپزشکی (فقط شامل: کشیدن، پرکردن. عصب کشی. ترمیم. درمان ریشه)	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی (بجز چکاپ و غربالگری) شامل تشخیص پزشکی پاتولوژی و ژنتیک پزشکی یا آسیب شناسی و تست های آلرژیک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	ویزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت) و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور (صرفا مزاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	فیزیوتراپی. گفتار درمانی. کاردرمانی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	جراحی مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیوم - بیوپسی - پاپ اسمیر - تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن در مراکز درمانی یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	۱,۵۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه های آمبولانس بین شهری و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن در مراکز درمانی یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	بیمه فوت به هر علت (تا سن ۷۰ سال)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	بیمه فوت به علت حادثه (با احتساب ردیف ۱۴)	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<b>بهای خدمات سالانه هر نفر :</b>		<b>۴۷,۳۰۰,۰۰۰</b>

**تذکرات: این بیمه نامه فقط جهت شرکت های عضو انجمن می باشد:**

**(کلیه هزینه ها طبق تعرفه مصوب محاسبه می گردد) (فرانشیز ۳۰ درصد)**

۱- مبلغ حق بیمه پرداختی به صورت ۲۵ درصد نقد واریز به کارت بانک شهر ۵۰۴۷۰۶۱۰۷۰۵۴۶۵۸۱ به نام مصطفی ملائی و الباقی در ۶ فقره چک به تاریخ های ۱۴۰۳/۰۴/۰۱ - ۱۴۰۳/۰۵/۰۱ - ۱۴۰۳/۰۶/۰۱ - ۱۴۰۳/۰۷/۰۱ - ۱۴۰۳/۰۸/۰۱ - ۱۴۰۳/۰۹/۰۱ می باشد. ۲- مبلغ حق بیمه جهت افراد ۶۰ سال تا ۷۰ سال با ۵۰ درصد اضافه نرخ و افراد ۷۰ سال به بالا قابل بیمه شدن نمی باشند. ۳- دوره انتظار زایمان جهت افراد جدید ۹ ماه و جراحی و بستری بیمارستانی ۶ ماه خواهد بود (امکان ثبت نام تا تسویه کامل و پرداخت حق بیمه و چک ها امکان پذیر نمی باشد) ۴- شرکت های درخواست کننده لیست پرسنل (حداقل ۵۰ درصد افراد شرکت) خود را به همراه نامه و مهر و امضاء مدیر عامل (طبق فرم نمونه) به همراه فیش واریزی و چک های اقساط، فقط به دفتر انجمن و یا آقای مصطفی ملائی (مسئول امور مالی انجمن) تا تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۰۱ ارائه نمایند. (مسئولیت پرداخت و واگذاری به افراد غیر به عهده خود شرکت می باشد) ۵- جمع آوری هزینه و کلیه خدمات بیمه ای به صورت حضوری توسط رابط در دفتر شرکت (بیش از ۱۰ نفر) و پرداخت از طریق واریز به حساب سرپرست انجام می شود. همچنین هزینه ها می بایست ابتدا در نرم افزار سیناد ثبت و تایید نهایی شود در غیر این صورت دریافت نخواهد شد. (زمان واریز هزینه ها از زمان تحویل به سرپرستی شرکت بیمه یک ماه خواهد بود) ۶- امکان حذف و اضافه در طی دوره و پس از ثبت وجود ندارد و ثبت نام به صورت فقط سرپرست یا با کل اعضاء خانواده می باشد. (انتخابی امکان پذیر نمی باشد). ۷- امکان ثبت نام افراد غیر تحت تکفل وجود ندارد. ۸- جهت حذف ضریب خسارت و نرخ دهی و تمدید بیمه نامه در سال های آتی، شرکت های استفاده کننده از بیمه تکمیل درمان می بایست سایر بیمه نامه های خود را از طریق این شرکت صادر نمایند. ۹- لطفا کلیه موارد فوق به دقت مطالعه گردد.

**جهت کسب اطلاعات بیشتر و هماهنگی با شماره ۰۹۱۵۴۱۲۱۴۱۱ آقای ملائی تماس حاصل نمایید.**