

دستور العمل استفاده از مزایای قرارداد بیمه درمان تکمیلی

**** نکات مهم در اجرای تعهدات قرارداد درمان گروهی ****

۱- مراکز درمانی:

۱-۱- مراکز طرف قرار داد شرکت سهامی بیمه ایران:

با توجه به تجهیز مراجع درمانی طرف قرارداد شرکت سهامی بیمه ایران به سامانه یکپارچه آنلاین ، در صورتیکه اسامی و مشخصات بیمه شدگان در سیستم درج گردیده باشد، با ارائه کارت ملی در مراجع درمانی پذیرش بیمه شده بصورت آنلاین صورت میگیرد . چنانچه بیمارستانی طرف قرارداد باشد و پذیرش بصورت آنلاین را نپذیرد لازم است قبل از هر اقدامی با شرکت بیمه گر و این شرکت طرح گردد . (شماره تماس ۶۲۸۱۳ داخلی ۱۳۲-۱۳۳) .

لیست مراجع درمانی طرف قرارداد با شرکت سهامی بیمه ایران در سایت بیمه ایران به آدرس www.iraninsurance.ir و لینک مراجع درمانی طرف قرارداد قابل رویت می باشد .

پس از ورود به سایت بیمه ایران با کلیک روی گزینه مراکز ارائه خدمات،

↓
مراجع درمانی طرف قرارداد،

↓
جستجوی سریع مراجع درمانی طرف قرارداد

↓
هم میتوان فایل را بصورت اکسل با کلیک روی «دریافت فایل» دانلود نمود و یا میتوان نام مراجع را جستجو کرد.

۱-۲- مراکز غیر طرف قرارداد شرکت سهامی بیمه ایران:

با تاکید بر عدم مراجعه به اینگونه مراکز به هر دلیل اگر در مراکز غیر طرف قرارداد مراجعه و بستری صورت گرفت، لازم است

پس از اتمام مراحل درمانی با توجه به مدارک زیر جهت تسویه حساب اقدام گردد :

- **استفاده از سهم بیمه گر اول:** ابتدا می بایست سهم بیمه گر اول (سازمان تأمین اجتماعی و یا بیمه گران دیگر) از ایشان اخذ و سپس کپی برابر اصل کل مدارک درمانی که توسط سازمان بیمه گر اول برابر با اصل گردیده و تصویر حواله واریزی که از آدرس اینترنتی (www.asnadtehran.ir) دریافت میشود و رسید دریافت مبلغ از بیمه گر اول همزمان و پس از تکمیل با نامه بیمه گزار به این شرکت تحویل گردد .

۲- نحوه استفاده از مزایای قرارداد در تعهدات پاراکلینیکی:

با توجه به پرداخت هزینه های پاراکلینیکی مندرج در قرارداد بر اساس ما به التفاوت سهم بیمه گر اول (تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و)، و پس از کسر فرانشیز، بمنظور حداکثر استفاده از این پوشش ، توصیه می گردد بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه گر اول (تامین اجتماعی / خدمات درمانی) مراجعه نمایند . پس از اخذ خدمات مذکور مدارک مشروحه زیر تهیه و به این شرکت ارائه و بدیهی است در صورت مراجعه به مراکز خصوصی غیرطرف قرارداد بیمه گر، در هزینه پرداختی ابتدا بیمه گر تعرفه برابری سازمان نظام پزشکی را اعمال و پس از کسر فرانشیز تتمه هزینه مربوطه را به حساب بیمه شده واریز می نماید .

شایان ذکر است سامانه یکپارچه بیمه گری در آزمایشگاههای طرف قرارداد بیمه گر اول و بیمه ایران مجهز گردیده و لازم است بیمه شده در بدو ورود به آزمایشگاه اعلان طرف قرارداد بیمه گر اول و بیمه ایران نماید . این مهم موجب میگردد که فرانشیز از هزینه بیمه شده کسر نگردد .

• مدارک مورد نیاز جهت دریافت هزینه های پاراکلینیکی:

- (۱) تصویر نسخه پزشک معالج مبنی بر انجام خدمات پاراکلینیکی، آزمایش، اسکن، رادیولوژی و.... یا کد رهگیری ثبت شده توسط پزشک .

کد رهگیری :

امکان اخذ تصویر دستور پزشک معالج که کد رهگیری را درج نموده بشرح زیر می باشد:

(۱) مراجعه به سایت <https://eservices.tamin.ir/view/#/main>



(۲) وارد آیتم ورود به سامانه و یا ثبت شوید



(۳) بیمه شدگان



(۴) خدمات سلامت الکترونیک



(۵) نسخ الکترونیک من

در این صفحه نسخه مورد نظر خود را با توجه به تاریخ و هزینه جستجو نمائید و پرینت تهیه کنید.

(۲) تصویر پاسخ مرکز درمانی به پزشک معالج ((گزارش)). لازم بذکر است در صورت ارائه اصل مدارک امکان عودت

آن امکان پذیر نمی باشد و بهتر است بیمه شدگان کپی گزارش را تحویل فرمایند.

(۳) اصل صورتحساب پرداختی و یا فیش پرداختی ممهور به مهر مرکز درمانی .

(۴) کپی صفحه اول دفترچه بیمه گر اول و در صورت عدم وجود دفترچه ، کپی کارت ملی (در صورتیکه بیمه شدگان

تبعی در این بخش مورد نظر باشند کپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و تبعی نیازاست).

نکته: شایان ذکر است هزینه سونوگرافی در مطب پزشکان غیر قابل پرداخت می باشد.

مگر آنکه پزشک فوق تخصص در رشته ای که سونوگرافی انجام می دهد باشد .

در صورت دستور به اخذ سونوگرافی توسط پزشکان متخصص می بایست انجام این موضوع در مراکز تصویر برداری صورت بگیرد

شایان توجه است گزارش دریافتی از مرجع درمانی می بایست به مهر مرجع ممهور گردد .

یادآوری گردد سونوگرافی بیماریهای مربوط به زنان در مطب و یا توسط پزشک متخصص غیر قابل پرداخت می باشد

۳- چگونگی پرداخت هزینه های ویزیت و دارو:

۱-۳- مدارک مورد نیاز جهت اخذ هزینه دارو:

۱-۱-۳ اصل نسخ دارو در دفترچه بیمه شده ممهور به مهر داروخانه و مهر پزشک همراه با درج ریز قیمت داروها و سهم

سازمان و سهم بیمه شده و جمع کل مورد نیاز است .

۱-۲-۳ در صورت جدا شدن نسخه اول دفترچه توسط داروخانه برگه دوم دفترچه ممهور به مهر داروخانه و پزشک همراه

با ریز قیمت داروها و سهم سازمان و سهم بیمه شده و جمع کل .

۱-۳-۳ در صورت ارائه قبض توسط داروخانه، نسخه دارویی مربوطه به همراه قبض پرداختی ممهور به مهر داروخانه.

۱-۴-۳ داروهای مربوط به رژیم درمانی، پوست و ویتامین مکمل ها جزء استثنائات می باشد و غیر قابل پرداخت می

باشد

۱-۵-۳ داروهای خارجی قابل پرداخت نمی باشد و فقط در صورتیکه داروخانه ارزش معادل ایرانی مذکور را در

دفترچه بیمه شده درج نماید و سهم سازمان کسر و مابقی آن قابل پرداخت می باشد.

۱-۶-۳ با توجه به الکترونیکی شدن نسخ پزشکان و عدم ارائه مستندات فیزیکی به داروخانه حتما باید دقت شود در

فاکتور داروخانه نام و نام خانوادگی بیمار کد ملی و کد رهگیری ثبت شده باشد .

۱-۷-۳ چنانچه در فاکتور داروخانه نوع پذیرش یا نوع بیمه آزاد ثبت شده باشد دال بر غیر بیمه ای بودن دارو بوده

و باید اصل دستور پزشک به همراه فاکتور داروخانه ارائه گردد و در غیر این صورت مدارک غیر قابل بررسی می باشد .

۲-۲- مدارک مورد نیاز جهت اخذ هزینه ویزیت:

- ویزیت باید در سربرگ پزشک باشد که نام و نام خانوادگی بیمار تاریخ ویزیت و مبلغ ویزیت روی آن درج شده باشد و ممهور به مهر و امضاء پزشک باشد ارائه گردد.
- -تعدد ویزیت توسط یک پزشک و در یک تاریخ خاص غیر قابل پرداخت می باشد .
- -ویزیت بهر دلیل مخدوش باشد غیر قابل پرداخت می باشد .

۳-۳- هزینه عینک:

- -اصل فاکتور خرید عینک که مهر عینک فروشی که در آن الصاق تاریخ و مشخصات کامل بیمار در آن درج شده باشد
- -برگه تعیین نمره چشم (ممهور به مهر پزشک و یا اپتومتریست)
- -اصل دستور پزشک با مهر پزشک و مهر عینک فروشی
- -نمره کامپیوتری چشم

۳-۴- در صورت بستری در اورژانس:

- ارائه کل مدارک اعم از خلاصه پرونده -گزارشات و اصل ریز صورتحساب الزامی است .

۳-۵- فیزیوتراپی-کاردرمانی و کایرو پراکتیک:

- -در خصوص کاردرمانی و کایروپراکتیک تعداد جلسات و تایم هر جلسه توسط پزشک متخصص و گزارشی از بیماری ذکر شود.
- -برای فیزیوتراپی اصل دستور پزشک و ریز جلسات با درج تاریخ و رسید پوز بانکی الزامی است.
- -دستور پزشک عمومی برای فیزیوتراپی غیر قابل قبول می باشد.
- -هزینه های اوزون تراپی -ژل و PRP غیر قابل پرداخت می باشد .

۳-۶- بیماریهای خاص:

- -ارائه مستندات ابتلاء به بیماری (جواب پاتولوژی ، ام آر آی و...)
- -اصل قبوض داروهای مربوط به بیماری و دستور پزشک ممهور به مهر پزشک و داروخانه

۷-۳- جراحی مجاز سرپایی:

- ارائه شرح حادثه یا بیماری بیماری بطور کامل توسط پزشک معالج
- اصل قبض پرداختی ممه‌ور به مهر مرکز مربوطه و یا پزشک
- در صورت گچ گیری فاکتور داروخانه مبنی بر ریز اقلام دارو با مهر داروخانه
- در صورت بخیه ذکر تعداد و عمق بخیه در نسخه پزشک الزامی است

۳-۴- مدارک مورد نیاز جهت هزینه های دندان پزشکی:

تأکید این شرکت بمنظور استفاده بهینه از مزایای تعهدات این بند قرارداد بر آنست که به پزشکان طرف قرارداد بیمه گر که لیست آن در لینک مراجع درمانی سایت بیمه ایران درج شده است مراجعه نمایند. بدیهی است در صورت عدم استفاده از این امکان مهم، رویه ذیل اجرائی خواهد شد.

از پزشک معالج -

در صورت وجود دفترچه اصل نسخه (برگ سبز رنگ) ارائه گردد.

ارائه گرافی قبل و بعد از انجام درمان دندان الزامی است

دستور پزشک مبنی بر انجام گرافی قبل و بعد در صورت اخذ گرافی از سایر مراجع تصویر برداری

اصل قبض پرداختی هزینه گرافی دندان

در صورت ارتودنسی ارائه رادیو گرافی پانورکس -فتوگرافی ها معاینه بیمار قبل از انجام خدمات و ارائه فتوگرافی و یا

معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است

در صورت قرارداد پروتز و دست دندان ارائه عکس قبل از انجام خدمت به همراه تأیید پزشک بیمه گر الزامی است.

توجه: تأیید پزشک بیمه گر قبل از اجرای این مهم الزامی است.

انجام خدمات دندان پزشکی بالای ۳ دندان ترمیم برای عصب کشی و روکش نیاز به تأیید پزشک بیمه گر دارد و چنانچه از

مراکز طرف قرارداد استفاده نشود مبلغ یک ویزیت از سقف تعهدات کسر می گردد.

۳-۱۰- در صورت استفاده از نسخ الکترونیک مدارک ذیل می بایست ارائه گردد :

- ۱) اخذ نسخه الکترونیک چاپی توسط مرکز درمانی که پزشک و مرجع درمانی تأیید شده باشد. (مراحل چگونگی اخذ نسخه در بند ۳ و صفحه ۵ این دستورالعمل درج گردیده است)
- ۲) سایر مدارک متناسب با نوع خدمات (کپی گزارشات انجام شده و

۳-۱۱- در صورت استفاده از هزینه های سمعک:

- ۱) ارائه دستور پزشک مربوطه
- ۲) ارائه فاکتور خرید
- ۳) ارائه آخرین گزارشات شنوایی سنجی
- ۴) ارائه کارت گارانتی

۳-۱۲- در صورت استفاده از هزینه اوروتز:

هزینه های خرید اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز می باشد.

- ۱) ارائه اصل دستور پزشک مربوطه
- ۲) اصل فاکتور پرداختی به همراه هولوگرام
- ۳) کپی خلاصه پرونده یا مستندات بیماری

۳-۱۳- در صورت استفاده از هزینه پیوند اعضا:

- ۱) ارائه کامل مستندات پرونده گیرنده و دهنده اعضا
- ۲) ارائه اطلاعات ، شماره حساب و شماره شبا اهدا کننده عضو جهت پرداخت غرامت درمانی

۳-۱۴- ارائه مدارک در خصوص استفاده از تعهدات آمبولانس داخل و خارج از شهر : غرامات پرداختی آمبولانس در

صورتی قابل پرداخت می باشد که از مراکز درمانی به بیمارستان یا از منزل به بیمارستان باشد

۱- اصل فاکتور آمبولانس ممهور به مهر آن مرکز

۲- ارائه مستندات بیمارستانی (صورت حساب و خلاصه پرونده)

شایان توجه است می توانید جهت اطلاعات تکمیلی در خصوص نحوه ارائه اسناد درمانی به آدرس الکترونیکی ذیل مراجعه

نمایید:



<https://www.taminsazan.com/video/>

۴- اعمال جراحی که قبل از انجام عمل نیاز به تائید پزشک بیمه گر و تائید سازمان بیمه گر اول دارد :

- (۱) سپتوپلاستی
- (۲) ماموپلاستی و عوارض آن
- (۳) جراحی کلیه انواع فتق ها
- (۴) چاقی مفرط (بای پس معده -اسلیو معده و ...)
- (۵) بلفاروپلاستی (افتادگی پلک چشم)
- (۶) جراحی فک و صورت
- (۷) استرایسیسم (انحراف چشم)
- (۸) رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک-لازاک-فمتو)
- (۹) جراحی ترمیمی اسکارهای قدیمی در هر جای بدن
- (۱۰) کلیه کوتاژهای تخلیه ای
- (۱۱) آبدومینوپلاستیو (پیکر تراشی)لیپوساکشن وعوارض آنها
- (۱۲) انواع عمل جراحی فتق

۵- سایر موارد :

- ۱- جهت استفاده بهینه از مزایای قرارداد یکی از همکاران محترم آن شرکت به عنوان نماینده و رابط پرسنل به این شرکت معرفی و هماهنگی با کارشناس پرونده در ارائه خدمات را مشارکت می نمایند .
- ۲- کلیه مدارک بیمه شدگان در محل آن شرکت از بیمه شدگان و نمایندگان محترم در طول هفته توسط کارشناسان مستقر در ستاد مرکزی دانشکده دریافت میگردد.
- ۳- کارشناسان این شرکت موظف به پاسخگویی به سوالات نماینده آن شرکت می باشد لذا خواهشمنداست در صورت هرگونه ابهام و یا سوال توسط بیمه شدگان مراتب را با نماینده خود درمیان گذاشته و ایشان با کارشناس پرونده مطرح نمایند و از تماس شخصی ترجیحاً خودداری گردد .
- ۴- بیمه شدگان محترم می توانند جهت رویت چگونگی واریز غرامات درمانی خود به آدر بیمه گر در

سایت iraninsurance.ir مراجعه نماید مراحل ثبت نام بشرح زیر می باشد :

مراجعه به وبسایت بیمه ایران (iraninsurance.ir)



ورود به قسمت خدمات الکترونیک



در بخش بیمه گری ، روی لینک سامانه درمان الکترونیک (سدا) کلیک نمائید.



در صفحه جدید باز شده، روی گزینه سامانه بیمه شدگان کلیک نمائید.



در صفحه جدید باز شده، ثبت اطلاعات کاربری را انتخاب نموده، وارد صفحه ثبت اطلاعات خواهید شد.



اطلاعات مورد نیاز(کد ملی، تلفن همراه و تاریخ تولد) را وارد نمائید و بر روی گزینه ذخیره کلیک کنید.



در صفحه بعد مشخصات شخص نمایش داده می شود و کد ارسالی در گوشی همراه بیمه شده را می خواهد که بعد از درج

گزینه ورود انتخاب و وارد صفحه بیمه شده می گردد.

توجه: کد ارسالی، کلمه عبور در این سامانه می باشد.



مجدداً به سامانه درمان الکترونیک (سدا) مراجعه نموده و با ورود اطلاعات نام کاربری و رمز عبور (کد پیامک شده) به سامانه وارد شوید.

در صورت تمایل جهت اطلاعات در خصوص شرایط انواع بیمه نامه ها ، صفحات اجتماعی ما را به آدرس ذیل دنبال کنید



Taminsazani



09019875351

استفاده بهینه از مزایای قرارداد نیازمند صبر و حوصله همکاران محترم آن شرکت و توجه دقیق به اجرایی دستورالعمل تقدیمی می باشد.

ردیف	عنوان	شرح تعهدات	طرح طلایی (ریال)	فرانشیز	طرح نقره‌ای (ریال)	فرانشیز
۱	هزینه های بیمارستانی (تعهد پایه)	هزینه های بستری طبی و جراحی، رادیوتراپی، 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	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۲	آمبولانس داخل شهر	هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل وانتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۳	آمبولانس خارج شهر	هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل وانتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۴	جراحی های تخصصی	اعمال جراحی تخصصی شامل: افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی و کلیه اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۵	درمان و داروی بیماران خاص	داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل تعهد اعمال جراحی تخصصی	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	تحت پوشش نمی باشد	
مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۵ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد						
۶	زایمان	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۷	نازایی و ناباروری	هزینه های مربوط به نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرو اینجکشن، IUI, ZIFT, GIFT, IVF	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۸	پاراکلینیک گروه ۱	هزینه های پاراکلینیک گروه ۱ شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سرپایی عرق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی، انواع ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۹	پارا کلینیک گروه ۲	هزینه های پاراکلینیک گروه ۲ شامل: انواع آندوسکوپی، ERCP، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی-انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپیرومتری و PFT و ...)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG و NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات پورودینامیک (نوارمئانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، باکی متری، پنتاکم و ...) خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری، انواع ادیومتری و ...)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۰	پاراکلینیک گروه ۳	هزینه های پاراکلینیک گروه ۳ (آزمایش ها): خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکرهای جنینی)، پاتولوژی، تستهای آلرژیک، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۱	پاراکلینیک گروه ۵	هزینه های پاراکلینیک گروه ۵ (توان بخشی)، فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST) و کاردرمانی (OT)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۲	جراحی های مجاز	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند: شکستگی، دررفتگی، گچ گیری -ختنه-بخیه-کرایوتراپی-اکسیژن لیوم-تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۳	ویزیت و دارو و خدمات اورژانس	جبران هزینه ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	تحت پوشش نمی باشد	
۱۴	دندان پزشکی	هزینه های سرپایی بابت بسترهای مربوط به خدمات دندان پزشکی، جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثناء اعمال زیبایی)	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	تحت پوشش نمی باشد	
۱۵	عینک	جبران هزینه عینک طبی، لنز تماسی طبی (صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)	۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۶,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۶	رفع عیوب انکساری دو چشم	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم مانند لیزیک، لازاک، PRK، PHAKIC، RK یا کارگذاری رینگ قرنیه یاللز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان (طبق فاکتور رسمی و معتبر) - هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر در چه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، برای هر چشم نصف سقف مندرج	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۷	سمعک	جبران هزینه مربوط به سمعک (یک یا دو گوش حداکثر تا سقف مندرج و صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۸	اوروتز	هزینه خرید اوروتز (طبق تعریف وزارت محترم بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید 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).	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۹	تهیه اعضای بدن	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪

ردیف	عنوان	شرح تعهدات	طرح همگانی	فرانشیز
۱	هزینه های بیمارستانی (تعهد پایه)	هزینه های بستری طبی و جراحی، رادیوتراپی، هرنوع آنژیو گرافی (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	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۲	آمبولانس داخل شهر	هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل وانتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۳	آمبولانس خارج شهر	هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل وانتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۴	جراحی های تخصصی	اعمال جراحی تخصصی شامل: افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی و کلیه اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۵	درمان و داروی بیماران خاص	داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل تعهد اعمال جراحی تخصصی		تحت پوشش نمی باشد
مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۵ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد				
۶	زایمان	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۷	نازایی و ناباروری	هزینه های مربوط به نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرو اینجکشن، IUI, ZIFT, GIFT, IVF		تحت پوشش نمی باشد
۸	پاراکلینیک گروه ۱	هزینه های پاراکلینیک گروه ۱ شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سربایی عرق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی، انواع ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)		۳۰٪
۹	پارا کلینیک گروه ۲	هزینه های پاراکلینیک گروه ۲ شامل: انواع آندوسکوپی، ERCP، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی-انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تبلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپیرومتري و PFT و ...)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG) و (NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات یوردینامیک (نوارمنا) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، پکی متری، پنتاکم و ...) خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتري، انواع ادیومتری و ...)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۰	پاراکلینیک گروه ۳	هزینه های پاراکلینیک گروه ۳ (آزمایش ها): خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکهای جنینی)، پاتولوژی، تستهای آلرژیک، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)		۳۰٪
۱۱	پاراکلینیک گروه ۵	هزینه های پاراکلینیک گروه ۵ (توان بخشی): فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST) و کاردرمانی (OT)		۳۰٪
۱۲	جراحی های مجاز	هزینه اعمال مجاز سربائی مانند: شکستگی، دررفتگی، گچ گیری - ختنه - بخیه - کراپوتراپی - اکسیژن لیپوم - تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
۱۳	ویزیت و دارو و خدمات اورژانس	جبران هزینه ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری		تحت پوشش نمی باشد
۱۴	دندان پزشکی	هزینه های سربایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی، جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثناء اعمال زیبایی)		تحت پوشش نمی باشد
۱۵	عینک	جبران هزینه عینک طبی، لنز تماسی طبی (صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)		تحت پوشش نمی باشد
۱۶	رفع عیوب انکساری دو چشم	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم مانند لیزیک، لازاک، PRK، PHAKIC .IRK 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 که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. برای هر چشم نصف سقف مندرج		تحت پوشش نمی باشد
۱۷	سمعک	جبران هزینه مربوط به سمعک (یک یا دو گوش حداکثر تا سقف مندرج و صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)		تحت پوشش نمی باشد
۱۸	اوروتز	هزینه خرید اوروتز (طبق تعریف وزارت محترم بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. (فهرست و تعرفه انواع اوروتز سالانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد).		تحت پوشش نمی باشد
۱۹	تهیه اعضای بدن	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن		تحت پوشش نمی باشد

سوالات پر تکرار بیمه شدگان درمان تکمیلی

💡 آیا امکان انصراف از بیمه تکمیلی در طول قرارداد وجود دارد؟
خیر، با توجه به اطلاع رسانی تمام شرایط و ضوابط قرار داد پیش از ثبت نام متقاضی و یک سال بودن قرارداد منعقد، انصراف از بیمه درمان تکمیلی امکان پذیر نمی باشد.

💡 در چه مواردی امکان حذف پوشش بیمه درمان تکمیلی وجود دارد؟
با توجه به قوانین بیمه های درمان تکمیلی و قرار داد منعقد با شرکت بیمه گر، در صورت فوت بیمه شده و یا قطع رابطه همکاری با دانشگاه با درخواست کتبی محل خدمت بیمه شده پوشش حذف خواهد شد.

💡 در مواردی که بیمه شده برای مدتی از دانشگاه حقوق و دستمزد دریافت نمی کند، آیا پرداخت حق بیمه لزومی دارد و چگونه می توان آن را پرداخت کرد؟
بله، پرداخت حق بیمه در تمامی ماه های قرارداد الزامی می باشد و در صورتی که فرد برای مدتی مانند مرخصی بدون حقوق، از دانشگاه دریافتی ندارد، باید با مراجعه به رابط رفاهی محل خدمت خود از مبلغ حق بیمه و شماره حساب اعلامی شرکت بیمه مطلع شده و پس از واریز وجه، سند واریز را جهت مکاتبه با اداره رفاه و تعاون به رابط رفاهی محل خدمت خود ارائه دهد.

💡 در چه مواردی می توان در طول مدت قرارداد فردی را تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار دهیم

در صورتی که فرد در مهلت ثبت نام اعلام شده در ابتدای قرارداد ، در دانشگاه شاغل نبوده باشد و یا شرایط عضویت در بازه مذکور را نداشته باشد که صرفا شامل نوزادان تازه متولد شده، افراد جدید الاستخدام و همسر کارکنانی که هست به تازگی ازدواج کرده اند (منوط به پوشش داشتن بیمه شده اصلی از قبل) و صرفا یک ماه از تاریخ وقوع مهلت برای درخواست ثبت نام وجود دارد. جهت ارائه درخواست به رابط رفاهی محل خدمت خود مراجعه کنید .



برنامه حضور کارشناسان شرکت بیمه ایران در واحدهای تابعه

سال ۱۴۰۲



ردیف	نام مرکز	کارشناس شرکت بیمه ایران	روزهای های حضور درمراجع	ساعت حضور
۱	مرکز طبی کودکان	آقای رحمانی	یکشنبه	ساعت ۸:۳۰ الی ۱۲:۳۰
۲	بیمارستان سینا	آقای رحمانی	دوشنبه	ساعت ۱۴:۳۰ الی ۱۵:۳۰
۳	مجتمع بیمارستان امام خمینی(ره)	آقای رحمانی	سهشنبه	ساعت ۸:۳۰ الی ۱۲:۳۰
۴	بیمارستان دکتر شریعتی	آقای رحمانی	چهارشنبه	ساعت ۸ الی ۱۳
۵	بیمارستان فارابی	آقای قهرمانی	شنبه	ساعت ۸ الی ۱۰
۶	بیمارستان روزبه	آقای قهرمانی	شنبه	ساعت ۱۰:۳۰ الی ۱۲:۳۰
۷	بیمارستان یاس	آقای قهرمانی	شنبه	ساعت ۱۳ الی ۱۵
۸	بیمارستان آرش	خانم خلیلی	شنبه	ساعت ۸ الی ۱۱
۹	بیمارستان بهرامی	خانم خلیلی	شنبه	ساعت ۱۱:۳۰ الی ۱۴:۳۰
۱۰	شبکه بهداشت شهر ری	آقای قهرمانی	یکشنبه	ساعت ۱۳:۳۰ الی ۱۵
۱۱	بیمارستان ضیائیان	آقای قهرمانی	سهشنبه	ساعت ۸ الی ۱۰
۱۲	بیمارستان بهارلو	آقای قهرمانی	سهشنبه	ساعت ۱۰:۳۰ الی ۱۲:۳۰
۱۳	بیمارستان رازی	آقای قهرمانی	سهشنبه	ساعت ۱۳ الی ۱۵
۱۴	معاونت بهداشت	آقای قهرمانی	چهارشنبه	ساعت ۸ الی ۱۰
۱۵	مجتمع بیمارستانی امیراعلم	آقای قهرمانی	چهارشنبه	ساعت ۱۳ الی ۱۵