

## شرایط بیمه نامه درمان تکمیلی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد از مورخ ۱۳۹۱/۰۶/۲۵ لغایت ۱۳۹۱/۰۶/۲۵

با سلام؛

همانگونه که مطلع می باشید قرارداد کارکنان محترم دانشگاه علوم پزشکی مشهد و افراد تحت تکفل آنان در سطح استان خراسان رضوی با بیمه البرز منعقد گردیده است. لذا بدینوسیله جدول تعهدات درمانی بشرح ذیل باطلاع میرساند:

نرخ و شرایط پوشش بیمه های درمان تکمیلی برای هر نفر ماهیانه (به ریال)

ردیف	نوع پوشش	تعهدات
۱	جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی قلب و انواع سنگ شکن برای هر نفر تا مبلغ	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	افزایش سقف ردیف ۱ برای اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثناء دیسک ستون فقرات) قلب، پیوند کلیه، ریه، کبد و مغز استخوان برای هر نفر تا مبلغ	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا مبلغ	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری چشم (برای هر دو چشم)	۵,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن و سی تی اسکن اندوسکوپی، ام، آر، آی و اکوکاردیوگرافی برای هر نفر تا مبلغ	۳,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه های تست ورزش، نوار عضله، عصب، مغز و آنژیوگرافی چشم برای هر نفر تا مبلغ	۲,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران جراحی های مجاز سرپایی شامل شکستگی ها، گچ گیری، بنخیه، ختنه، کرایوتراپی، اکسیژن، لیپوم نخلیه کیست و لیزر درمانی برای هر نفر تا مبلغ	۲,۰۰۰,۰۰۰
۸	آزمایش، رادیولوژی، فیزیوتراپی در سقف تعهدات پاراکلینیکی (۱) تا مبلغ	۲,۰۰۰,۰۰۰
۹	دندان شامل جبران هزینه های مربوط به پر کردن، روکش، کشیدن، جرم گیری، بروساز، ترمیم و در مان ریشه میگردد. (جبران هزینه های دندان شامل والدین نمی گردد)	۲,۰۰۰,۰۰۰
	جمع کل حق بیمه با احتساب ۵در صد مالیات و عوارض ماهیانه هر نفر (بر ریال)	۱۱۴,۰۰۰

ضمناً، حداکثر مبلغ تعهد جهت جبران هزینه های آمبولانس در صورتیکه نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان گردد، برای جابجایی بیمار در داخل شهر -/۵۰۰/۰۰۰ ریال و بین شهری -/۱,۰۰۰/۰۰۰ ریال خواهد بود

\* بیمه شدگان: کارکنان رسمی، قراردادی یا پیمانی بیمه گذار می باشند که حداقل یکسال نزد بیمه گذار سابقه کار داشته و (به انضاق کلیه اعضای خانواده خود) از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی گردیده، تحت پوشش بیمه قرار گیرند (منظور از اعضای خانواده، همسر، فرزندان و افراد تحت تکفل بیمه شدگان می باشد)

\* امکان حذف در طول مدت اعتبار بیمه نامه بدلیل انصراف امکانپذیر نمی باشد.

\* امکان افزایش در تعداد بیمه شدگان فقط طبق شرایط ذیل امکانپذیر می باشد:

(۱) استخدام جدید (ارائه فتوکپی حکم کارگزینی حداکثر تا ۳ ماه بعد از تاریخ استخدام)

(۲) ازدواج (ارائه فتوکپی سند ازدواج و فتوکپی صفحه اول و دوم شناسنامه بیمه شده اصلی حداکثر تا ۳ ماه بعد از تاریخ عقد رسمی)

(۳) فرزند تازه تولد (ارائه فتوکپی صفحه اول و دوم بیمه شده اصلی و فتوکپی فرزند تازه تولد حداکثر ۳ ماه بعد از تاریخ تولد)

ملاک تاریخ پوشش بیمه ای برای نوزادان از بدو تولد و سایر موارد مورد اشاره فوق الذکر از تاریخ ورود نامه درخواست به دبیرخانه شرکت البرز می باشد.

\* در صورتیکه هریک از بیمه شدگان از دختر چه بیمه گراول (خدمات درمانی یا تامین اجتماعی) استفاده نمایند کلیه هزینه ها (در سقف تعهدات فوق الذکر) توسط بیمه گر پرداخت خواهد شد و بیمه شدگان هیچ وجهی پرداخت نخواهند کرد اما چنانچه بیمه شدگان بنا به عللی مایل به استفاده از سهم خسارت درمان بیمه گر اول نباشند، هزینه های درمان در سقف تعهدات پس از کسر ۲۰ درصد فرانشیز پرداخت خواهد شد.

\* دوران انتظار صرفاً جهت لیست اولیه بیمه شدگان حذف می گردد.

\* کارکنان محترم بیمه گذار که بازنشسته می گردند به هنگام مراجعه به بیمه البرز جهت تأیید فرم تسویه حساب مدارک بشرح ذیل را تحویل نمایند:

(۱) نامه واحد حسابداری محل خدمت با مشخص بودن مبلغ و اریز حق بیمه از مورخ ۱۳۹۱/۰۶/۲۵

(۲) اصل کارت سبز درمان بیمه البرز

(۳) پرداخت حق بیمه (بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل طبق کارت سبز درمان) تا پایان مدت قرارداد ۱۳۹۱/۰۶/۲۵ بصورت یکجا