

تعهدات طرح الف : با دندان پزشکی

ردیف	نوع تعهدات (طرح ۱)	واحد	حداکثر تعهدات (ریال)	درصد فرانشیز		
				قرارداد	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
۱	هزینه های بستری، جراحی لاپاراسکوپی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و daycare توضیح: اعمال جراحی daycare به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها به جز زایمان	نفر	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۲	هزینه اعمال جراحی اصلی شامل مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک، ستون فقرات) گامانایف، قلب، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)	نفر	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۳	هزینه های زایمان طبیعی، سزارین	نفر	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن ام آر آی، آندوسکوپی، کولونوسکوپی، کولپوسکوپی لارنسکوپی، دانسیتومتری، اکوکاردیوگرافی، سی تی اسکن، استرس اکو، سیستوسکوپی، انواع آنژیوگرافی به جز چشم و قلب	نفر	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۵	هزینه های مربوط به تست بینایی، تست ورزش، تست آلرژی، تست ریه، تست تنفسی (اسپیرومتری PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی شنجی، بینایی شنجی، آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب، هزینه اکسیژن	نفر	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۶	جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی، دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم)، شستشوی گوش، پاپ اسمیر، آنتریون	نفر	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۷	هزینه آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی، درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۸۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۸	هزینه آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی، درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۹	هزینه های دندان پزشکی و هزینه های مربوط به ارتودنسی، اسپلنت، دست دندان، (هزینه های دندان پزشکی بر اساس تعرفه ای محاسبه می شود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایرانی با هماهنگی شرکتهای بیمه تنظیم و به شرکتهای بیمه ابلاغ می کنند).	نفر	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۰	تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً با تأیید انجمن حمایتی مربوطه)	نفر	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰

ردیف	نوع تعهدات (طرح ۱)	واحد	حداکثر تعهدات (ریال)	درصد فرانشیز		
				قرارداد	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
۱۱	سمعک گوش راست و چپ	نفر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۲	هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری، هزینه‌های تشخیص درمانی و دارویی و اعمال جراحی مرتبط ZIFT-IUI-IVF-GLI-T و میکرواینجکشن	نفر	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۳	خدمات اورژانس و ویزیت و دارو، ویزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت، ویزیت روانپزشک و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور (صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، هزینه‌های خارجی در صورت تجویز پزشک متخصص و تأیید بیمه‌گر	نفر	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۴	هزینه آروتز که بلافاصله پس از عمل جراحی و به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد (طبق تعریف وزارت بهداشت)	نفر	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۵	پرداخت هزینه‌های دارو و درمان بیماران خاص صعب‌العلاج مطابق تعریف وزارت بهداشت	نفر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۶	کاردرمانی و گفتار درمانی	نفر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۷	عینک طبی، عینک طبی و لنز تماس طبی (هر دو سال یکبار)	نفر	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۸	خدمات آزمایشگاهی به غیر از چکاپ شامل: غربالگری، آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب، فیزیوتراپی، لیزرتراپی و انواع رادیوگرافی و انواع کایروپرکیک، توان‌بخشی قلب	نفر	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۹	لیزیک چشم راست، لیزیک چشم راست و جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	نفر	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۲۰	لیزیک چشم چپ، لیزیک چشم چپ و جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	نفر	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
مبلغ حق بیمه قابل پرداخت به ازای هر نفر			۱,۲۵۰,۰۰۰ ریال			

- توجه: هزینه‌های ویزیت، دارو، دندان پزشکی، پاراکلینیکی (فیزیوتراپی، آزمایشات و ...) بر اساس تعرفه وزارت بهداشت (نظام پزشکی) پرداخت می‌گردد.

تعهدات طرح ب : بدون دندان پزشکی

ردیف	نوع تعهدات (طرح ۲)	واحد	حداکثر تعهدات (ریال)	درصد فرانشیز		
				قرارداد	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
۱	هزینه‌های بستری، جراحی لاپاراسکوپی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و daycare تبصره: اعمال جراحی daycare به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان‌ها به جز زایمان	نفر	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۲	هزینه اعمال جراحی اصلی شامل مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک، ستون فقرات) گامانایف، قلب، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)	نفر	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۳	هزینه‌های زایمان طبیعی، سزارین	نفر	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۴	هزینه‌های پاراکلینیکی شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن ام‌آر‌آی، آندوسکوپی، کولونوسکوپی، کولوسکوپی، لارنسکوپی، دانسیتومتری، اکوکاردیوگرافی، سی‌تی‌اسکن، استرس اکو، سیستوسکوپی، انواع آنژیوگرافی به جز چشم و قلب	نفر	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۵	هزینه‌های مربوط به تست بینایی، تست ورزش، تست آلرژی، تست ریه، تست تنفسی (اسپیرومتری PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب، هزینه اکسیژن	نفر	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۶	جراحی‌های مجاز سرپایی شامل: شکستگی، دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم)، شستشوی گوش، پاپ اسمیر، آنتریون	نفر	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۷	هزینه آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی، درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۸۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۸	هزینه آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی، درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۹	تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً با تأیید انجمن حمایتی مربوطه)	نفر	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰

ردیف	نوع تعهدات (طرح ۲)	واحد	حداکثر تعهدات (ریال)	درصد فرانشیز		
				قرارداد	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
۱۰	سمعک گوش راست و چپ	نفر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۱	هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری، هزینه‌های تشخیص درمانی و دارویی و اعمال	نفر	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۱۰

جراحی مرتبط ZIFT-IUI-IVF-GLI-T و میکرواینجکشن					
۱۲	خدمات اورژانس و ویزیت و دارو، ویزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت، ویزیت روانپزشک و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور (صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، هزینه های خارجی در صورت تجویز پزشک متخصص و تأیید بیمه گر	نفر	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
۱۳	هزینه آروتز که بلافاصله پس از عمل جراحی و به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد (طبق تعریف وزارت بهداشت)	نفر	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
۱۴	پرداخت هزینه های دارو و درمان بیماران خاص صعب العلاج مطابق تعریف وزارت بهداشت	نفر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
۱۵	کاردرومانی و گفتار درمانی	نفر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
۱۶	عینک طبی، عینک طبی و لنز تماس طبی	نفر	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
۱۷	خدمات آزمایشگاهی به غیر از چکاپ شامل: غربالگری، آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب، فیزیوتراپی، لیزرتراپی و انواع رادیوگرافی و انواع کایروپرکیک، توان بخشی قلب	نفر	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
۱۸	لیزیک چشم راست، لیزیک چشم راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم 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 نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	نفر	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
۱۹	لیزیک چشم چپ، لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم 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 نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	نفر	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
مبلغ حق بیمه قابل پرداخت به ازای هر نفر			۱,۱۰۰,۰۰۰ ریال		

- توجه: هزینه های ویزیت، دارو، دندان پزشکی، پاراکلینیکی (فیزیوتراپی، آزمایشات و ...) بر اساس تعرفه وزارت بهداشت (نظام پزشکی) پرداخت می گردد.

بیمه ایران

قابل توجه اعضای محترم هیأت علمی و کارکنان ارجمند دانشگاه

شرایط و تعهدات بیمه تکمیلی درمانی دانشگاه ۹۸-۹۹

به استحضار کلیه اعضای محترم هیأت علمی و کارکنان گرامی شاغل دانشگاه (رسمی، پیمانی، قراردادی و روزمزد بیمه‌ای) می‌رساند "بیمه تکمیلی درمان" دانشگاهیان محترم از تاریخ ۹۸/۳/۱ لغایت ۹۹/۳/۱ با شرکت بیمه ایران (شرکت خدمات بیمه‌ای اسطوره) و با شرایط و تعهدات ذیل منعقد شده است. لذا مقتضی است کلیه همکاران همانند سال قبل با مراجعه به پرتال شخصی (پویا) قسمت اداری و مالی - زیرمنوی بیمه تکمیلی (بعد از مطالعه راهنمای ثبت نام) نسبت به ثبت نام و یا ایجاد تغییرات (حذف یا اضافه) اقدام لازم را به عمل آورند. (بعد از مشاهده و تکمیل مشخصات الزاماً بایستی گزینه **ذخیره** را کلیک نمایید).

مهلت ثبت نام: از روز سه شنبه ۹۸/۳/۲۱ لغایت پایان وقت اداری روز شنبه ۹۸/۳/۲۵

مهم: لازم به یادآوری می‌باشد عدم ارسال درخواست از طریق پرتال شخصی به منزله **انصراف** از خدمات بیمه تکمیلی سال ۹۸-۹۷ می‌باشد.

✓ **توجه ۱:** سرانه حق بیمه درمان با تعهد دندان پزشکی (طرح شماره ۱) و بدون تعهد دندان پزشکی (طرح شماره ۲) در

پورتال شخصی - زیر منوی بیمه تکمیلی قابل مشاهده است.

✓ **توجه ۲:** نظر به مصوبه هیأت رئیسه محترم دانشگاه، **۵۰ درصد** مبلغ حق بیمه جهت سرپرست دانشگاهی (مرد و زن

سرپرست خانوار) و افراد تحت تکفل قانونی و پدر و مادر ایشان توسط دانشگاه به عنوان یارانه بخشی از هزینه حق

بیمه پرداخت می‌گردد.

✓ (۵۰ درصد به عهده دانشگاه و ۵۰ درصد به عهده متقاضی)

✓ **توجه ۳:** بر اساس مصوبه مجلس شورای اسلامی تاریخ ۹۷/۱۰/۱۹ و تأیید شورای محترم نگهبان (بند ب ماده ۱۳)

مبنی بر اینکه خدمات بهداشتی و بیمه درمانی مکمل آزادگان، جانبازان، ایثارگران شاغل و غیر شاغل، بازنشسته و افراد

تحت تکفل آنها و والدین، همسران و فرزندان شهدا به عهده **بنیاد شهید و امور ایثارگران** است. لذا این دسته از

همکاران نیاز به مراجعه به پرتال و تکمیل فرم **ندارند** . بدیهی است هر کدام از آزادگان ، جانبازان ، ایثارگران شاغل و فرزندان شاهد که علاوه بر بیمه تکمیلی بنیاد شهید، **تمایل** به استفاده از بیمه تکمیلی درمان دانشگاه (بیمه ایران) را دارند، **مشابه دیگر کارمندان** با آنان رفتار خواهد شد . (تسهیلات مشابه سایر همکاران)

✓ **توجه ۳:** شرایط و تعهدات به شرح ذیل می باشد.

❖ طرح گروهی فول درمان طرح شماره ۱ (با تعهد دندان پزشکی)

❖ طرح گروهی فول درمان طرح شماره ۲ (بدون تعهد دندان پزشکی)

✓ **توجه ۴:** افرادی می توانند به صورت وابسته به فرد اصلی تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند به شرح ذیل می باشد.

✓ الف) همسر کارکنان مرد و زن سرپرست دانشگاهی .

* تبصره : همسر و فرزندان کارکنان زن دانشگاهی (غیر سرپرست) مشمول یارانه ۵۰ درصد **نمی شوند** .

ب) فرزندان ذکور تا سن ۲۰ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا ۲۶ سال و فرزندان اناث مادامی که شاغل نبوده (بیمه نداشته باشد) و یا ازدوج نکرده باشند.

ج) پدر و مادر (صرف داشتن دفترچه بیمه)

د) سایرین (خواهر، برادر ، نوه و ...) مشروط بر ارائه مدارک مثبت قانونی تحت تکفل. (به اداره کارگزینی ارائه گردد).

✓ **توجه ۵:** 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 ۲۵ روز پس از تاریخ حکم، کفالت و ازدواج از طریق ستاد رفاهی به شرکت بیمه معرفی

می شوند.

✓ **توجه ۶:** نوزادان تازه متولد شده نیز منوط به اینکه حداکثر ظرف مدت ۵۰ روز از تاریخ تولد به شرکت بیمه معرفی شوند می توانند از بدو تولد تحت پوشش قرار گیرند.

✓ **توجه ۷:** صحت اطلاعات ارسالی به عهده متقاضیان خواهد بود، لذا خواهشمند است نهایت دقت صورت پذیرد
تامشکلی در روند بیمه تکمیلی ایجاد نشود.

با آرزوی سلامتی و شادکامی: **ستاد رفاهی**



بیمه ایران