



Ref:
Date:
Enclosed:

شماره: ۳۰۰۰/۹۹/۱۵۱۲
تاریخ: ۱۳۹۹/۶/۱۷
پیوست:

به نام خدا

مدیران محترم شرکتهای عضو انجمن

موضوع: قرارداد بیمه درمان تکمیلی سال ۱۳۹۹

با سلام؛

نظر به اتمام تاریخ قرارداد بیمه درمان تکمیلی و با عنایت به رضایت اعضاء از خدمات بیمه البرز انجمن تصمیم به تمدید قرارداد با بیمه مذکور دارد. لذا بدین وسیله جدول تعهدات و شرایط ثبت نام به شرح ذیل اعلام میگردد. خواهشمند است مراتب بررسی و در صورت تمایل به عضویت برابر یکی از جداول مندرج، تقاضا مکتوب به اطلاع دبیرخانه رسانده شود. لازم به ذکر خواهد بود تاریخ انقضاء قرارداد قبلی ۱۳۹۹/۶/۳۱ و قرارداد جدید اعم از تمدید یا جدید از ۱۳۹۹/۷/۱ میباشد.

ردیف	شرح پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، آنژیوگرافی قلب گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۲	هزینه های جراحی تخصصی با احتساب بند ۱ شامل جراحیهای مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی، و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) گامانایف قلب، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۳	هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین (فرزند اول الی سوم)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم			
۶	هزینه های جراحی مجاز سرپایی شامل شکستگیها گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی هزینه خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ) شامل آزمایشگاههای تشخیص پزشکی و پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی			
۷	جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم مشروط بر اینکه ۳ دیپومتر یا بیشتر باشد برای هر چشم	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	هزینه آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج داخل شهر	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰



Ref:
Date:
Enclosed:

شماره: ۳۰۰۰/۹۹/۱۵۱۲
تاریخ: ۱۳۹۹/۶/۱۷
پیوست:

۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	هزینه آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج بین شهری	۹
۷,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت و دارو	۱۰
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	دندان پزشکی	۱۱
۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	عینک	۱۲
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	بیماریهای جنین	۱۳
۱,۵۷۴,۴۰۰	۹۶۹,۹۸۹	۶۹۲,۴۵۳	حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪	

*شرایط قرارداد:

- حداقل ۵۰٪ از کل کارکنان هر شرکت عضو به همراه کلیه افراد تحت تکفل آنان میبایست جهت اخذ پوشش بیمه ای در شروع قرارداد معرفی گردند .
- شرکتهایی که تعداد نفرات لیست تامین اجتماعی ایشان ۱۰ نفر و یا کمتر باشد ، تنها در صورتی قرارداد درمان تکمیلی ارائه میشود که کل نفرات حاضر در لیست تامین اجتماعی پوشش درمان تکمیلی را دریافت کنند .
- ارائه لیست بیمه گر اول (مانند دفترچه تامین اجتماعی) در شروع قرارداد الزامی میباشد .
- فرانشیز قرارداد ۱۰٪ میباشد .
- هزینه های ویزیت طبق تعرفه وزارت بهداشت پرداخت گردد .
- هر یک از شرکتهای متقاضی تنها مجاز به انتخاب یکی از طرح ها میباشد
- افراد دارای حکم بازنشستگی مشمول این طرح نیستند
- به افراد بالای ۶۰ سال ۵۰٪ و افراد بالای ۷۰ سال ۱۰۰٪ حق بیمه اضافه خواهد شد
- فرانشیز والدین غیر تحت تکفل ۳۰٪ میباشد
- والدین تحت پوشش بیمه دندان پزشکی نمیباشند .
- مبالغ فوق بدون احتساب مالیات و ارزش افزوده میباشد .

با تجدید احترام

مسعود پل مه

دبیر کل