

ثبت نام بیمه درمان تکمیلی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

از کلیه همکاران متقاضی ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی تقاضا می شود بعد از مطالعه دقیق موارد ذیل نسبت به ثبت نام اقدام فرمایند:

لطفاً هنگام ثبت نام اطلاعات خود و افراد تبعی (کد ملی ، شماره شبا ، تاریخ تولد روز / ماه / سال و ...) بصورت دقیق درج گردد و مسئولیت اطلاعات ثبت شده از حیث صحت و سقم بر عهده متقاضی می باشد.

1. بیمه ایران به عنوان شرکت بیمه طرف قرارداد در خصوص بیمه تکمیلی کارکنان دانشگاه با توجه به توانگری بالا و رضایتمندی از نحوه خدمات بیمه مذکور از مورخ 1401/06/01 به مدت یکسال انتخاب گردید.

2. کارکنان مشمول ثبت نام بیمه درمان تکمیلی شامل: رسمی ، پیمانی ، قراردادی (تبصره 4،3) و اعضای محترم هیات علمی می باشند.

3. مهلت ثبت نام در بیمه تکمیلی از مورخه 1401/07/01 لغایت آخر وقت اداری مورخه 1401/07/15 می باشد. لازم به ذکر است مهلت ویرایش نیز در همین بازه زمانی خواهد بود.

4. هیأت علمی ضریب کا، تیم سلامت (پزشک خانواده) و کارکنان طرحی می توانند با مراجعه به رابطین رفاهی واحد محل خدمت خود از مورخه 1401/07/10 لغایت 1401/07/20 و در صورت واریز حق بیمه تکمیلی بصورت یکجا در اول قرارداد و ارائه فیش واریزی در بیمه تکمیلی ثبت نام نمایند.

تبصره: نیروهای شرکتی بدلیل عدم صدور دفترچه بیمه پایه از طرف دانشگاه و محدودیت قانونی شورای عالی بیمه مرکزی ، می توانند فقط در طرح سه جدول میزان تعهدات ، با شرط پرداخت یکجای حق بیمه در اول قرارداد و با مراجعه به رابطین رفاهی واحد محل خدمت ثبت نام نمایند.

5. بر اساس مصوبه کمیته رفاهی دانشگاه در سال جاری 50٪ حق بیمه تکمیلی ، صرفاً برای بیمه شده اصلی ، همسر و 3 فرزند (جمعاً 5 نفر) توسط دانشگاه پرداخت خواهد گردید.

6. 50٪ حق بیمه پرداختی از طرف دانشگاه شامل کارکنان طرحی ، پزشک خانواده ، هیات علمی ضریب کا و شرکتی نمی شود.

7. مبلغ حق بیمه ماهانه برای هر نفر در طرح یک مبلغ 1/711/027 ریال در طرح دو مبلغ 2/403/765 ریال در طرح سه مبلغ 3/394/413 ریال در طرح چهار مبلغ 3/946/658 ریال می باشد.

8. بیمه شده اصلی بایستی تمامی افراد تحت تکفل (همسر ، فرزندان) خود را که دارای دفترچه بیمه پایه می باشند و پوشش بیمه تکمیلی ندارند، ثبت نام نماید. ضمناً بیمه شده اصلی می تواند افراد غیر تحت تکفل (صرفاً پدر و مادر) خود را نیز بیمه نماید. شرط لازم برای ثبت نام فرزند ذکور غیر شاغل تا 20 سال و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت تا 25 سال و در صورت تحصیل در رشته پزشکی تا 26 سال و برای فرزند اناث مجرد و غیر شاغل بودن می باشد. ضمناً بیمه شده اصلی به هیچ عنوان حق ثبت نام افراد غیر(اعم از برادر و خواهر و ...) را ندارد.

9. بیمه شده اصلی بایستی فقط یکی از طرحهای 1 تا 4 را برای خود و کلیه افراد تبعی انتخاب کند و انتخاب تلفیقی از طرحها برای بیمه شده اصلی و افراد تبعی امکان پذیر نمی باشد.

10. براساس مصوبه کمیته رفاهی دانشگاه آن عده از کارکنانی که در مرخصی بدون حقوق و یا مرخصی زایمان به سر می برند ، تنها در صورت واریز حق بیمه ایام مرخصی بدون احتساب 50٪ تخفیف دانشگاه طبق هماهنگی با حسابداری واحد محل خدمت ، میتوانند مجوز ثبت نام دریافت کنند .

11. فرانشیز 10٪ صرفاً برای مواردی است که هزینه های درمانی تحت پوشش دفترچه بیمه پایه نمی باشد (مثل هزینه های دندانپزشکی). لازم به ذکر است برای افراد غیر تحت تکفل فرانشیز 20٪ محاسبه خواهد شد.

12. حدود تعهدات دندانپزشکی در سال جاری برای طرح سه مبلغ 65/000/000 ریال و طرح چهار مبلغ 300/000/000 ریال برای هر نفر در نظر گرفته شده است و برای طرحهای یک و دو تعهد دندانپزشکی شامل نمی شود.

13. در تعهدات سال جاری برای پرداخت هزینه ویزیت پزشک و دارو در طرح یک مبلغ 5/000/000 ریال در طرح دو به مبلغ 17/000/000 ریال در طرح سه مبلغ 22/500/000 ریال و در طرح چهار مبلغ 56/250/000 ریال در نظر گرفته شده است. برای دریافت هزینه دارویی ، جنبه درمانی داشتن دارو الزامی بوده و نام دارو بایستی در لیست داروهای مورد تأیید وزارت بهداشت و درمان (فارماکوپه) موجود باشد.

14. اعضای محترم هیات علمی دانشگاه لطفاً هنگام ثبت نام ، واحدی را که حقوق خود را دریافت می کنند به عنوان محل خدمت انتخاب نمایند .

15. سقف مبلغ پرداختی بیمه برای بند های 1 و 2 جدول میزان تعهدات ، حداکثر مبلغ سقف هزینه های اعمال جراحی اصلی خواهد بود (مبالغ قید شده در هر طرح در بند 2 جدول مذکور).

17- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت چهار ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر دو ماه بعد از انجام آن خواهد بود.

18- همکاران محترم در صورت داشتن هرگونه سؤال در خصوص ثبت نام بیمه تکمیلی ، میتوانند با شماره تلفن 33534721 اداره رفاه و تربیت بدنی تماس حاصل نمایند .

19- حدود تعهدات بیمه طرف قرارداد به شرح جدول ذیل می باشد :

میزان تعهدات 1401 - 1402

ردیف	نام تعهدات	طرح 1	طرح 2	طرح 3	طرح 4	فرانشیز
1	هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپائی)، رادیوتراپی، ازن تراپی، لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم) دیسک ستون فقرات، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی هائی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد.	250/000/000	350/000/000	450/000/000	2/000/000/000	10%
2	هزینه اعمال جراحی اصلی - مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان	400/000/000	700/000/000	900/000/000	4/000/000/000	10%
3	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	70/000/000	150/000/000	200/000/000	500/000/000	10%
4	کلیه هزینه های درمان نازائی و ناباروری (هزینه تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF...	40/000/000	80/000/000	120/000/000	300/000/000	10%
5	پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی از جمله سونوگرافی سه بعدی، ناهنجاریهای جنین، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، انواع آنژیوگرافی (به جز چشم و قلب)، اکو قلب جنین، ضربان قلب جنین (nst)	70/000/000	140/000/000	190/000/000	475/000/000	10%
6	هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژى، تست تنفسى (اسپیرومتری (PFT) - نوار عضله (EMG) - نوار عصب (NCV) - نوار مغز (EEG) - نوار مئانه (سیستومتری یا سیستوگرام) - شنوائی سنجی - بینائی سنجی - آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب) - سمعک	70/000/000	140/000/000	190/000/000	475/000/000	10%
7	هزینه خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، غربالگری، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی (حداکثر 20 جلسه)	70/000/000	140/000/000	190/000/000	475/000/000	10%
8	جراحی های مجاز سرپائی شامل: شکستگی و دررفتگی - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژون لیپوم - بیوپسی - تخلیه کیست	20/000/000	50/000/000	70/000/000	175/000/000	10%
9	هزینه دندانپزشکی از قبیل کشیدن، پرکردن، جرم گیری، عصب کشی، جراحی، ایمپلنت و روکش دندان، جراحی لثه، روت کانال، ارتودنسی و پروتز ثابت و متحرک، دست دندان مصنوعی	فاقد تعهد	فاقد تعهد	65/000/000	300/000/000 برای هر نفر	10%
10	جبران هزینه عینک طبی، لنز تماسی طبی (صرفاً یک نفر در هر سال بیمه ای)	3/000/000	7/000/000	9/000/000	22/500/000	10%
11	لیزیک چشم (راست و چپ) و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجهت نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد	20/000/000	40/000/000	60/000/000	80/000/000	10%
12	ویزیت کلیه پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص و کارشناسان ارشد پروانه دار و هزینه دارو (داخلی و خارجی)	5/000/000	17/000/000	22/500/000	56/250/000	10%

حق بیمه ماهانه طرح 1 :

مبلغ به عدد: 1/711/027 ریال به حروف: یک میلیون و هفتصد و یازده هزار و بیست و هفت ریال

حق بیمه ماهانه طرح 2 :

مبلغ به عدد: 2/403/765 ریال به حروف: دو میلیون و چهار صد و سه هزار و هفتصد و شصت و پنج ریال

حق بیمه ماهانه طرح 3 :

مبلغ به عدد : 3/394/413 ریال به حروف : سه میلیون و سیصد و نود و چهار هزار و چهار صد و سیزده ریال

حق بیمه ماهانه طرح 4 :

مبلغ به عدد : 3/946/658 ریال به حروف : سه میلیون و نه صد و چهل و شش هزار و ششصد و پنجاه و هشت ریال

توجه:

انتخاب تلفیقی از طرح ها برای بیمه شده اصلی و افراد تبعی امکان پذیر نمی باشد.