



شرایط بیمه تکمیل درمان سازمان نظام مهندسی

❖ شرایط خصوصی بیمه تکمیل درمان :

۱. کلیه کارمندان ، اعضای سازمان نظام مهندسی و اعضای کاردان ها و خانواده محترم ایشان (همسر، فرزندان ، پدر و مادر) تحت تکفل و غیر تحت تکفل معرفی شده توسط سازمان نظام مهندسی مشمول این قرارداد می باشند.
۲. متقاضیان شرکت در این طرح حدود ۲۰۰ نفر می باشند.
۳. تاریخ شروع این بیمه نامه ۱۴۰۲/۱۰/۱۶ به مدت یکسال شمسی می باشد .
۴. شرکت بیمه گر مکلف به انعقاد قرارداد با مراکز درمانی مد نظر بیمه گذار (در صورت موافقت مرکز درمانی) می باشد.
۵. شرایط خصوص بیمه نامه صرفا موارد ذکر شده می باشد.

تعهدات درخواستی (اجرایی)

۱. شرکت بیمه گر موظف است ظرف مدت ۷ روز کاری پس از دریافت و بررسی اسناد پاراکلینیکی و ۱۵ روز کاری پس از دریافت و بررسی اسناد بیمارستانی ، نسبت به پرداخت آن (واریز به حساب بیمه بیمه شده اصلی) مطابق با شرایط قرارداد اقدام نماید .
نکته : در صورت وجود هزینه های خاص که نیاز به بررسی بیشتر از طرف شرکت بیمه گر دارد ، به مهلت پرداخت خسارت با هماهنگی و موافقت مشاور تا ۱۵ روز افزایش یابد.
۲. شرکت بیمه گر موظف است در قبال کلیه اسناد و هزینه های درمانی (فاکتور) دریافتی از بیمه گذار ها رسید با درج مشخصات دقیق فاکتورها ، مهر و امضا و تاریخ ، تعداد فاکتور و جمع مبالغ هزینه شده تحویل گردد و در صورت مفقود شدن یا عدم عودت فاکتورهای ناقص ، بیمه گر مکلف به پرداخت کلیه هزینه های اعلام شده توسط بیمه گذار با ارائه رسید خواهد بود.
۳. بیمه گر موظف است در زمان تحویل اسناد ، نسبت به بررسی آنها اقدام و در همان زمان کلیه نواقص موجود در قبوض، اسناد ، فاکتور پرداخت وجه را به اطلاع بیمه گذار برساند و از تحویل گرفتن اسناد ناقص خوداری نماید و در صورتی که پس از دریافت اسناد و بررسی آنها توسط بیمه گر مشخص شود اسناد دریافتی از بیمه گذار به هردلیل قابل پرداخت نمی باشد ، بیمه گر موظف به عودت اسناد به بیمه گذار با ذکر دلیل جهت رفع نواقص به بیمه گذار پس از گذشت ۱۵ روز کاری از دریافت مدارک (تاریخ درج شده در رسید)، می باشد .
۴. شرکت بیمه مکلف می باشد حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز کاری پس از درخواست بیمه گذار نسبت به صدور معرفی نامه مراکز طرف قرارداد اقدام نماید.
۵. شرکت بیمه گر مکلف می باشد جهت رفاه بیمه گذار توسط سایت ، اپلیکیشن یا پیامک ، بیمه گذار را در جریان مراحل رسیدگی و پرداخت خسارت درمان خود قرار دهد.



۶. شرکت بیمه گر موظف است کلیه شرایط و دستورات عملی های پرداخت خسارت درمان را مطابق با شرایط قرارداد به همراه مشخصات کامل پزشک معتمد (نام و نام خانوادگی ، آدرس مطب ، شماره مطب ، ساعات و روزهای حضور و ...) ، روز انعقاد قرارداد به بیمه گذار یا مشاور به صورت کتبی اعلام نماید.
۷. بیمه گر مکلف است ، نمایندگان یا رابط خود را یک روز در هفته جهت بررسی و جمع آوری اسناد با ارسال نامه به سازمان نظام مهندسی معرفی نماید ، محل و روز و ساعت دریافت اسناد به صورت کتبی به برنده مناقصه اعلام میگردد. لازم به ذکر است بیمه گر موظف به تامین کلیه تجهیزات و ملزومات مورد نیاز نیروهای معرفی شده جهت خدمات دهی به پرسنل سازمان نظام مهندسی می باشد و سازمان نظام مهندسی هیچ مسئولیتی در این خصوص ندارد.
۸. شرکت بیمه گر می بایست در صورت جذب مهندسان جدید الوورد ، استخدام یا به کارگیری نیروی جدید در سازمان ، ازدواج یا تولد فرزند جدید بیمه شده اصلی ، با صلاح دید و معرفی بیمه گذار در طول مدت قرارداد ، نسبت به تحت پوشش قراردادن افراد معرفی شده و ثبت نام آنان در لیست بیمه شدگان تکمیل درمان ، از تاریخ (استخدام ، ازدواج ، تولد و ...) به مدت ۲ ماه اقدام نماید و حق بیمه نفقات جدید مطابق با شرایط قرارداد از تاریخ استخدام یا به کارگیری یا اخذ پروانه اشتغال یا ... با نامه بیمه گذار به شرکت بیمه پرداخت میگردد .
۹. در صورت قطع همکاری ، بیمه گذار میتواند با هماهنگی و موافقت بیمه گذار و با پرداخت حق بیمه تحت پوشش این بیمه نامه باقی بماند.
۱۰. در صورتی که شرکت بیمه به تعهدات خود در این قرارداد عمل ننماید ، بیمه گذار در ابتدا نواقص ، معایب و مشکلات موجود را جهت اصلاح به صورت کتبی به شرکت بیمه ابلاغ می نماید و در صورت عدم اصلاح موارد ذکر شده ظرف مدت ۲ هفته پس از ابلاغ ، بیمه گذار میتواند به صورت یک طرفه (بدون عمل به قسمت ۲ بند ماده ۲۱ آیین نامه ۹۹) و بدون پرداخت هیچ گونه وجهی با هر عنوانی اقدام به فسخ بیمه نامه نماید ، بدیهی است بیمه گر حق هرگونه اعتراض و ادعا در این خصوص را از خود سلب و ساقط می نماید و حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه میگردد. شرکت بیمه موظف است کلیه اسناد خسارات درمان بیمه گذار هارا تا زمان فسخ بیمه نامه پرداخت نماید.
۱۱. بیمه نامه گروهی یا انفرادی (پرداخت حق بیمه به صورت نقدی و در ابتدای قرارداد) و یا گروهی (پرداخت حق بیمه به صورت اقساطی کسر از حقوق و یا ، ۲۵٪ نقد و الباقی طی ۳ فقره چک با مهلت ۳ ماهه) به صلاح دید بیمه گذار می باشد.
۱۲. بررسی هرگونه مغایرت در حق بیمه های پرداختی بر عهده بیمه گر بوده و بیمه گر مکلف می باشد مغایرت ها را به صورت ماهانه و حداکثر پنج روز بعد از دریافت مستندات پرداختی به سازمان اعلام نماید، در غیر اینصورت بیمه گر حقی نسبت عدم پرداخت خسارت به بیمه شدگان و مسدود کردن و یا بستن کد کارگزار را ندارد.
۱۳. بیمه گر موظف به پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان در داخل و خارج از کشور بوده و مغایرت های موجود در حق بیمه پرداخت نباید مانع از ارایه خدمات و پرداخت خسارات و هزینه درمان و صدور معرفی نامه بستری بیمه شدگان گردد ، بدیهی است در صورت اعلام شرکت بیمه گر مبنی بر عدم پرداخت اقساط بیمه نامه، ناظرین قرارداد متعهد به پیگیری و رفع مشکل می باشد.
۱۴. چنانچه فرزندان بیمه گذار دچار معلولیت ذهنی یا از کار افتادگی کلی باشند (بدون محدودیت سنی) هزینه درمان سایر بیماری های آنها (بجز معلولیت و از کار افتادگی) تحت پوشش خواهد بود.
۱۵. شرکت بیمه مکلف است بستر نرم افزاری جهت رویت نسخ الکترونیک را فراهم آورد و بیمه گذار هیچ گونه تعهدی در ارائه نسخ الکترونیک به شرکت بیمه ندارد.
۱۶. در صورت نارضایتی بیمه گذار از میزان خسارت پرداخت شده ، شرکت بیمه گر موظف به ارجاع پرونده با هماهنگی با مشاور سازمان جهت بررسی مجدد به کارشناسان ذی صلاح و مورد اعتماد طرفین می باشد.
۱۷. جدول پیوستی جزء لاینفک قرارداد بوده و پوشش های ذکر شده از شرایط خصوصی و تعهد آور بیمه نامه می باشد.
۱۸. کلیه تغییرات در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد ، نهایتاً ظرف مدت ۴۵ روز از زمان تغییرات با نامه بیمه گذار جهت انجام اقدامات لازم به اطلاع بیمه گر رسانده می شود.

سازمان نظام مهندسی

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان چهارمحال و بختیاری

شرکت بیمه "ما"



۱۹. در صورت فوت بیمه گذار اصلی افراد تحت پوشش وی (پدر، مادر، همسر، فرزند) در صورت موافقت کتبی بیمه گذار و پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد تحت پوشش می باشند.
۲۰. در کلیه موارد تعهد بیمه گر در پرداخت هزینه در جدول تعهدات بر مبنای تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران ایران و ابلاغیه وزارت بهداشت از تاریخ اجرا در بخش خصوصی و بر اساس شهر محل دریافت خدمات می باشد.
۲۱. لیست اولیه متقاضیان بیمه تکمیل درمان حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز و لیست نهایی ظرف مدت ۶۰ روز از تاریخ اعلام برنده برای بیمه گر ارسال خواهد شد.
۲۲. نرخ و شرایط برای بیمه شدگان اصلی، افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل (همسر و فرزندان ذکور) تا سن ۶۰ سال یکسان می باشد.
۲۳. مهلت تحویل اسناد و مدارک درمانی توسط بیمه گذار در طول مدت قرارداد شش ماه و حداکثر سه ماه پس از پایان قرارداد (به شرط شروع درمان در مدت قرارداد) می باشد و ارزیابی و پرداخت خسارات درمانی پرسنل نیز از شروع قرارداد تا ۳ ماه پس از پایان قرارداد (به شرط آنکه شروع درمان در طول مدت قرارداد باشد) ادامه خواهد داشت. در صورت تحویل مدارک به بیمه گر پایه، مدت زمان سه ماه به تاریخ فوق اضافه میگردد.
۲۴. شرکت بیمه گر موظف به همکاری کامل جهت پیگیری خسارات و شکایات بیمه گذارها با کارگزار یا مشاور می باشد.
۲۵. شرکت بیمه موظف به انعقاد دو قرارداد مجزا اقساط به درخواست مهندسی را داشته باشد.
۲۶. تعداد مهندسان و افراد تحت تکفل ایشان حدود ۲۰۰ نفر می باشد و تغییر کمتر از ۳۰٪ در تعداد بیمه گذارهای اعلامی در هر طرح یا در مجموع منجر به هیچگونه افزایش در حق بیمه اعلامی بیمه گر نخواهد شد و مهندسان در انتخاب نحوه پرداخت حق بیمه (نقدی یا اقساط) مطابق شرایط قرارداد (ردیف ۱۱) مخیر می باشند.
۲۷. پوشش های درخواستی جدول پیوستی در ردیف های ۶-۷-۸-۹-۱۰ به صورت تجمیعی می باشند.
۲۸. متقاضیان بیمه تکمیل درمان می بایست دارای دفترچه بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، ...) باشند.
۲۹. افزایش حق بیمه برای بیمه شده گان بالای ۶۰ سال تا ۷۰ سال تمام ۵۰٪ و برای بیمه شدگان بیش از ۷۰ سال تمام ۱۰۰٪ می باشد.
۳۰. دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه و بیماری مزمن ۳ ماه می باشد.
تبصره: چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان و بیماری مزمن اعمال نخواهد شد.
۳۱. ثبت نام متقاضیان بیمه تکمیل درمان صرفاً با ارائه کارت عضویت سازمان برای نفرت اصلی (و اعضای خانواده ایشان) امکان پذیر است.
۳۲. سایر شرایط مطابق آخرین آیین نامه بیمه درمان تکمیلی مصوب شورای عالی بیمه خواهد بود.

تعهدات درخواستی (درمانی)

۱. هزینه اتاق ایزوله با تجویز پزشک متخصص معالج و تایید پزشک معتمد و از محل تعهدات مربوطه (سقف تعهدات جراحی و بستری) مطابق و فرانشیز ۱۰٪ پرداخت میگردد.
۲. انتخاب نوع زایمان اعم از طبیعی یا سزارین در اختیار بیمه گذارها بوده و در صورت انجام زایمان به صورت سزارین نیازی به ارائه گواهی مبنی بر علت عدم انجام زایمان طبیعی نمی باشد و هزینه های انجام شده اعم از استفاده بیمه گذار از مراکز درمانی طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ پرداخت خواهد شد.
۳. در صورت انتقال بیمار از مراکز طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد جهت انجام امور پاراکلینیکی مانند انواع تصویربرداری، آزمایش و... هزینه انجام هر مورد مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ پرداخت میگردد.
۴. کلیه هزینه های مربوط به کارشناسی، ماما، پزشک، روانپزشک، پزشک مشاور، روان شناس، کارشناس و پزشک تغذیه (صرفاً در موارد درمانی با ارائه مدارک مثبت و تجویز پزشک متخصص) و ... که تحت عناوین ویزیت، حضور پزشک، مشاوره ثبت شده باشد، مطابق با سقف تعهدات و ۱۰٪ پرداخت خواهد شد.

سازمان نظام مهندسی

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان چهارمحال و بختیاری

بیمه ما
شعبه شهرک شرکت بیمه "ما"



۵. هزینه پروتز که در حین عمل جراحی استفاده می شود مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ از محل تعهدات جراحی ها در تعهد بیمه گر می باشد.
۶. جراحی فک به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه، مطابق مفاد مندرج در بخش تعهدات بیمارستانی و از همان محل در تعهد بیمه گر است.
۷. رفع عیوب مادرزادی در صورتیکه به تشخیص پزشک معتمد شرکت بیمه و متخصص جنبه درمانی داشته باشد، در تعهد بیمه گر است.
۸. کلیه موارد ذیل الذکر در سقف پوشش ها و تعهدات مربوطه در تعهد بیمه گر است:
پرداخت کلیه هزینه های جراحی سرپایی و پاراکلینیکی مانند شکستگی و دررفتگی، ختنه، کرایوتراپی (با تایید پزشک معتمد)، بخیه، گچ گیری و باز کردن آن، جراحی میخچه، برداشتن زگیل، خال و ضایعات گوشتی (در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد و با ارائه پاتولوژی)، بیویسی، تخلیه کیست، تزیقات، سنجش تراکم استخوان، سیستوسکپی، شستشوی گوش، توپوگرافی، خارج کردن جسم خارجی، کوتر، انواع هزینه تصویر برداری، ماموگرافی، آندوسکوپی، انواع اکو، پزشکی هسته ای، انواع اسکن، پت اسکن، MRI، سونوگرافی، ماموگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، انواع آنژیوگرافی، انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیویزوتوپ) آزمایش، پاتولوژی، آسیب شناسی، کلیه آزمایش های ژنتیک، تشخیص بیماریها و ناهنجاریهای جنین، آزمایشهای غربالگری و آمینوسنتز، آزمایشات بیوشیمی، تریپل مارکر و کوادرپل (کوادر مارکر)، تست پاپ اسمیر، انواع روش های فیزیوتراپی، تکار تراپی، انواع روشهای لیزر تراپی، لیزر کم توان، ادیومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، لیزر درمانی، سنگ شکن، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفس، CBCT، نوار عصب، نوار عضله، نوار مغز، نوار مثانه، سیستومتری یا سیستوگرام، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، بیومتری، رادیوتراپی، تست خواب، آنژیوگرافی چشم، نوار چشم، NST نوزاد، هولترمانیتورینگ قلب، اکو، اکو اطفال و جنین، ERCP، تراکم استخوان، پزشکی هسته ای، فوتوگرافی، هولترمانیتورینگ، آنالیز پس میکرو، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصب (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) رفتار درمانی، روان درمانی، اپتومتری، ویزوال فیلد، تست تیلت، تعویض پانسمان، پانسمان های آماده، تست های IGG و IGM، کلیه تست های مربوط بیماری های جدید در کلیه مراکز درمانی (مانند مطب پزشکان، مراکز بیمارستانی، پاراکلینیکی و...) با دستور پزشک معالج و ارائه صورت حساب، مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ در تعهد بیمه گر می باشد.
۹. هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین، مطابق تجویز پزشک معالج در تعهد بیمه گر است.
۱۰. تمامی هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی که در داخل مطب پزشکان، مراکز پاراکلینیکی انجام می شوند با ارائه مدارک مثبت و مستندات مورد نیاز طبق عرف، در تعهد بیمه گر است.
۱۱. پرداخت هزینه های پاراکلینیکی که توسط پزشکان مربوطه در مطب تجویز و انجام می شوند با گواهی پزشک متخصص مربوطه و ارائه صورت حساب، طبق تعرفه مصوب و تا سقف تعهدات در تعهد بیمه گر است.
۱۲. پرداخت هزینه های پرتو درمانی و شیمی درمانی طبق تعرفه مصوب، حداکثر تا سقف تعهدات جراحی و از همان محل و مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ در تعهد بیمه گر خواهد بود.
۱۳. حق ویزیت کلیه پزشکان و کارشناسان پروانه دار، حداکثر تا سقف تعهدات، از محل هزینه های ویزیت و دارو و مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ قابل پرداخت است.
۱۴. هزینه انواع مشاوره و روان کاوی با تجویز و یا اجرا توسط پزشک متخصص و یا کارشناسان مربوطه (مغز و اعصاب، روان پزشکی، روان شناس، کارشناسان روان شناسی) طبق تعرفه مصوب و یا اصل همترازی، حداکثر تا سقف تعهدات پاراکلینیکی و از همان محل قابل پرداخت است.
۱۵. نکته: جهت پرداخت هزینه مشاوره توسط کارشناس مربوطه، تجویز پزشک متخصص مبنی بر علت بیماری و تعداد جلسات مورد نیاز است.
۱۶. هزینه کلیه داروهای شیمیایی و گیاهی، که توسط پزشک معالج تجویز شده است مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ پرداخت میگردد.
۱۷. داروهای تقویتی، ویتامینه، مکمل، ایرانی و خارجی که جنبه درمانی دارد و در صورت تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط، هزینه داروهای مذکور پرداخت میگردد.
۱۸. هزینه داروهای آزاد منوط به تجویز پزشک از محل هزینه ویزیت و دارو پرداخت می گردد.
۱۹. در صورت ارائه گواهی پزشک متخصص مبنی بر مصرف دارو برای مدت شش ماه، تجویز مجدد نسخه توسط پزشکان عمومی بلامانع خواهد بود و بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه مربوطه مطابق شرایط تجویز پزشک متخصص است. صرفاً با تشکیل پرونده نزد بیمه گر.



۲۰. کلیه ملزومات دارویی و پانسمان شامل سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین، تزریقات، گاز استریل و... حداکثر تا سقف تعهدات در تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ در تعهد بیمه گر است.
۲۱. تمامی هزینه‌های مربوط به خرید انواع پروتز که در داخل بدن به کار می‌رود به همراه هزینه کارشناسی و با تایید پزشک جراح و بیمارستان مطابق با سقف تعهدات بستری و فرانشیز ۱۰٪ پرداخت می‌گردد.
۲۲. تمامی هزینه‌های درمانی مربوط به خرید تمام یا انواع اورتز، وسایل کمک رسانی پزشکی شامل عصا، واکر، کیسول اکسیژن، جوراب واریس، گردن بند، مچ بند، پا بند، انواع گچ و موارد درمانی با ارائه مستندات بیماری که توسط پزشک معتمد بیمه گر تایید می‌گردد و در خارج بدن به کار می‌رود به همراه هزینه کارشناسی و حق فنی با تجویز پزشک متخصص مرتبط، مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ پرداخت می‌گردد.
۲۳. تمامی هزینه‌های تشخیصی، دارویی و درمان نازایی و نابرووری مانند لاپاراسکوپی، IVF، GIFT، JUI، ZIFT و هزینه‌های دارویی مانند HMG، HCG مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ در تعهد بیمه گر است.
۲۴. هزینه عینک طبی یک دید یا دو دید (شیشه و فریم) و نیز هزینه لنز تماسی طبی، بدون محدودیت در نمره چشم، در هر سال با کسر فرانشیز مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ برای هر بیمه گذار پرداخت می‌گردد.
۲۵. هزینه عینک با دستور چشم پزشک و یا کارشناس اپتومتری و ارائه صورت حساب فروشنده پرداخت می‌گردد.
۲۶. کلیه هزینه‌های اپتومتری، پرمتری، ویزیت چشم پزشکی و موارد مشابه، خارج از سقف پوشش عینک هر بیمه گذار بوده و از محل تعهدات ویزیت و دارو در تعهد بیمه گر است.
۲۷. انواع هزینه‌های اعمال جراحی که به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) شامل لیزیک، لازک و... در مواردی که درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد مطابق تعرفه با رعایت سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ در تعهد بیمه گر است.
۲۸. لیزرتراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (مانند خونریزی شبکیه، جداشتگی، قوز قرنیه و...) مطابق با تعرفه مصوب با رعایت سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ در تعهد بیمه گر است.
۲۹. هزینه انواع سمعک معمولی و هوشمند و تجهیزات جانبی آن با تجویز متخصص گوش، حلق و بینی و گزارش ادیومتری برای هر گوش مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ پرداخت می‌گردد.
۳۰. کلیه هزینه‌های مربوط به دندان پزشکی مانند کشیدن، پرکردن، بریج، روت کانال، ایمپلنت، پروساز، ترمیمی، درمان ریشه و روکش، عصب کشی، فیشورسیلندر، جرم گیری، ارتودنسی، دندان مصنوعی مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ و طبق تعرفه در تعهد بیمه گر است.
۳۱. انجام کلیه خدمات دندان پزشکی نیازه اخذ تائیدیه قبلی از بیمه گر ندارد.
۳۲. برای بیمه گذار تا سن ۱۰ سال کامل و خاتم‌های باردار و بیماران خاص همچنین در موارد خاص با اعلام مشاور نیاز به ارائه عکس قبل و بعد از کار نیست، در سایر موارد بیمه گذار نسبت به ارائه عکس قبل و بعد اقدام نماید.
۳۳. هزینه جراحی لثه از محل تعهدات دندان پزشکی بیمه گذار قابل پرداخت است.
۳۴. کلیه هزینه‌های ویزیت، تصویر برداری، CBCT و سایر موارد مشابه مربوط به امور دندان پزشکی توسط مراکز پاراکلینیکی انجام می‌شود خارج از سقف پوشش دندان پزشکی هر بیمه گذار بود و از محل تعهدات مرتبط دیگر (پاراکلینیکی ۱ و ۲) و در تعهد بیمه گر است.
۳۵. تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه به شرح زیر است:
هزینه انتقال بیمار با آمبولانس از یک مرکز درمانی به بیمارستان‌ها و مراکز تشخیص درمانی و مراکز پاراکلینیکی، با تائید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری در هر مورد مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ در تعهد بیمه گر است. در مواردی که بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تائید بیمارستان مبدأ هزینه انتقال بیمار با آمبولانس به بیمارستان‌ها و مراکز تشخیص درمانی در هر مورد برون شهری مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ در تعهد بیمه گر است.
۳۶. در موارد ذیل بیمه گر میتواند مدارک قبل از اقدام درمانی بیمار را از بیمه گذار مطالبه نماید:
• عمل بینی * جراحی‌ها مرتبط با کوچک کردن معده * افتادگی پلک * فتق و اعمال جراحی شکمی * انواع کورتاژ و سقط جنین
۳۷. محاسبه و پرداخت کلیه هزینه‌های درمانی بیمه شدگان در طرح ارائه شده توسط سازمان نظام مهندسی در تمامی موارد، بالاترین تعرفه در زمان اجرای قرارداد مصوب وزارت بهداشت و درمان کشور ایران در بخش خصوصی در شهر محل درمان است. تعرفه هر سال از زمان تصویب و ابلاغ اجرای آن در وزارت بهداشت در همان سال محسوب می‌گردد و بیمه گر می‌بایست بلافاصله پس از انتشار مصوبه جدید هیات وزیران



تمامی خدمات و تعهدات خود را بر اساس آن انجام دهد. در خصوص هزینه های دندانپزشکی تعرفه این خدمات توسط آخرین تعرفه سندبکای بیمه گران ایران اجرا خواهد شد.

۳۸. کلیه هزینه های بیمارستانی مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد که تاریخ شروع یا پذیرش آن در محدوده زمانی این قرارداد باشد، مشمول این قرارداد می شوند حتی اگر بیمه گذار پس از انقضای قرارداد از مراکز درمانی ترخیص گردد.

۳۹. در صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد بیمه گر و عدم انجام کامل تعهدات توسط مرکز درمانی مطابق شرایط این مناقصه، پرداخت مانده تعهدات با ارائه صورت حساب مراکز مذکور بر عهده بیمه گر است.

۴۰. بیمه گر نمیتواند محدودیتی در پرداخت هزینه های درمانی به دلیل اثربخش نبودن روش درمانی پزشکان معالج اعمال نماید.

۴۱. با درخواست و اعلام سازمان، مشاور و یا بیمه گذار، بیمه گر موظف به ارائه اصل یا رونوشت پرونده بیمارستان طرف قرارداد بیمه گر و یا سایر مستندات مورد نیاز بیمه گذار است.

۴۲. در صورت استفاده بیمه گذار از سهم سایر بیمه گران مکمل، پرداخت خسارت بدون اعمال فرانشیز و تا سقف تعهدات خواهد بود. همچنین در صورتی که بیمه گذار سهم بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح و ...) رادریافت نموده باشد، پرداخت خسارت بدون اعمال فرانشیز خواهد بود.

۴۳. پرداخت کلیه هزینه تشخیصی، دارویی و درمانی بیماری های جدید و یا اپیدمی، پاندمی، مسری و ... تا سقف تعهدات مرتبط با هر بخش مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز ۱۰٪ بر عهده بیمه گر می باشد.

۴۴. بیمه گر پذیرش تمامی مراکز درمانی طرف قرارداد خود با ارائه کارت شناسایی توسط بیمه گذار یا صدور معرفی نامه آنلاین، یا ارائه کد ملی در مراکز درمانی توسط همان مراکز را تضمین می نماید.

۴۵. سایر پوشش ها که در بالا ذکر نشده مطابق آییننامه ۹۹ بیمه مرکزی می باشد.

عنوان پوشش	چکیده شرح تعهدات	سقف تعهدات طرح ۱ برای هر نفر	سقف تعهدات طرح ۲ برای هر نفر
۱ جراحی های عمومی و بستری	جبران کلیه هزینه های بستری، انواع سنگ شکن، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، داروها و لوازم مصرفی و تجهیزات مربوطه	۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۲ جراحی های تخصصی	جبران کلیه هزینه ها برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، بیماری های خاص مانند ام اس، اس ام ای، تالاسمی، هموفیلی، نارسایی مزمن کلیه، دیالیز، کانسر، پارکینسون، هیپاتیت، ایدز، پرتو درمانی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، انواع پیوند ها شامل پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز. (با احتساب بند ۱)	۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۳ زایمان	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۴ ناباروری و نازایی	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط IVF, ICSI, GIFT, ZIFT, IUI	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۵ رفع عیوب انکساری چشم	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم مانند انواع لیزر، لازک، لیزیک و ... در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر چشم.	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰



		جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری .	پاراکلینیکی گروه ۱	۶
		جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی یا نوار قلب ، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG) (NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنٹاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).	پاراکلینیکی گروه ۲	۷
		جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ گروهی) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آرژیک.	آزمایش	۸
		جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، لیزر درمانی، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) .	فیزیوتراپی	۹
		جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکر های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین ...	غربالگری جنین	۱۰
		جبران کلیه هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، انواع گچ‌گیری، آتل، ختنه، بخیه، کرایونرایی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، تزریقات، بانسمان، تزریق سرم	پاراکلینیکی گروه ۳	۱۱
		هزینه های ویسزیت (طبق تعرفه بخش خصوصی)، انواع دارو - آزاد و دولتی (تقویتی، ویتامینه، گیاهی، مکمل، ایرانی و خارجی) و با احتساب حق فنی داروخانه و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری .	ویزیت و دارو	۱۲
		جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	عینک و لنز طبی	۱۳
		جبران هزینه های مربوط به خرید انواع سمعک برای هر گوش	سمعک	۱۴
تجمیع تعهدات ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	تجمیع تعهدات ۷۰.۰۰۰.۰۰۰			
تجمیع تعهدات ۳۰.۰۰۰.۰۰۰	تجمیع تعهدات ۲۰.۰۰۰.۰۰۰			
تجمیع تعهدات ۴۰.۰۰۰.۰۰۰	تجمیع تعهدات ۲۰.۰۰۰.۰۰۰			
تجمیع تعهدات ۱۵.۰۰۰.۰۰۰	تجمیع تعهدات ۱۰.۰۰۰.۰۰۰			
تجمیع تعهدات ۱۰.۰۰۰.۰۰۰	تجمیع تعهدات ۱۰.۰۰۰.۰۰۰			



۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	کلیه هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساژ، بریج، روکش دندان، جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی	دندانپزشکی	۱۵
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	گردن بند، کمربند، مچ بند و زانو بند و کمرست طبی، عصا، واکر، کفش و کفی طبی، جوراب واریس، بریس، انواع آتل، با تجویز پزشک متخصص و ارائه مستندات درمانی	اروتز	۱۶
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	درون شهری:	آمبولانس	۱۷
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	برون شهری:		
ریال ۷.۵۶۰.۰۰۰	ریال ۵.۱۵۰.۰۰۰	حق بیمه تمام شده با شرایط پرداخت به صورت اقساطی (25٪ نقد الباقی طی سه فقره چک با فرصت سه ماهه) به ازای هر نفر به ریال با فرانشیز ۱۰٪ و با احتساب مالیات و عوارض و ...		