



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

تاریخ:

شماره:

صفحه:

این قرارداد به استناد مناقصه شماره ۴۰۹۰۹۹۴۰۰۰۰۲۱ مورخه ۱۴۰۴/۱۰/۱۶ و با توجه به مجوزهای صادره بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به شماره ۱۴۰۴/۶۰۱/۱۹۶۲۶۴ مورخ ۱۴۰۴/۱۰/۱۴ و شماره ۱۴۰۴/۶۰۱/۲۰۳۳۹۱ مورخ ۱۴۰۴/۱۰/۲۲ و بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۱۶ و ضوابط و مقررات جاری بیمه های مازاد درمان تکمیلی و شرایط عمومی و خصوصی بیمه های مذکور و شرایط مندرج استعلام و در این قرارداد بین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز بعنوان بیمه گذار به نشانی تبریز، خیابان گلگشت، روبروی بیمارستان امام رضا (ع)، مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی بنمایندگی آقای دکتر رضادلجوان انوری شرکت بیمه دی شعبه مرکزی تبریز بعنوان بیمه گر با کد اقتصادی ۵۱۵۷۶۱۳۴۶۳ بنمایندگی آقای محمدرضا محمدیان مدیر شعبه تبریز و خانم فاطمه السادات پناهی معاون شعبه تبریز بشرح زیر منعقد و طرفین ملزم به رعایت کامل مفاد آن می باشند:

ماده (۱) موضوع قرارداد:

این قرارداد در خصوص ارائه خدمات بیمه مازاد درمان تکمیلی از طرف بیمه گر به واحدها و مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز بر اساس شرایط اختصاصی پیوستی که جزو لاینفک این قرارداد می باشد منعقد می گردد. شرایط این قرارداد در کلیه قراردادهای بیمه مازاد درمان تکمیلی حاکم و صادق می باشد.

ماده (۲) مدت قرارداد:

مدت این قرارداد از تاریخ ۱۴۰۴/۱۱/۰۱ لغایت ۱۴۰۵/۱۰/۳۰ و بمدت یکسال می باشد.

ماده (۳) مبلغ قرارداد:

حق بیمه ماهانه هر بیمه شده با توجه به نتیجه مناقصه در تمامی مراکز و واحدها بصورت یکسان و بشرح ذیل می باشد.

* برای طرح (الف) نقره ای حق بیمه ۸.۷۹۰.۰۰۰ ریال

* برای طرح (ب) نقره ای حق بیمه ۱۱.۱۹۰.۰۰۰ ریال

* برای طرح (الف) طلایی حق بیمه ۱۲.۸۰۰.۰۰۰ ریال

* برای طرح (ب) طلایی حق بیمه ۱۴.۹۹۰.۰۰۰ ریال

مبلغ فوق به ازاء هر نفر و ماهانه بوده و امکان افزایش مبلغ در طول مدت قرارداد بهر علت از جمله بالابودن ضریب خسارت وجود نخواهد داشت. حق بیمه ماهانه برحسب تعداد بیمه شدگان هر واحد، حداکثر تا پایان ماه بعد در وجه بیمه گر پرداخت خواهد شد. با توجه به اینکه مراکز دانشگاه بصورت مستقل می باشند، قرارداد هر یک از مراکز بصورت جداگانه صادر خواهد شد و این قرارداد صرفاً جهت رعایت شرایط استعلام در کلیه مراکز تنظیم شده است.

مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

تاریخ:

شماره:

صفحه:

ماده (۴) تعهدات بیمه گر:

شرکت بیمه دی متعهد می گردد در کلیه قراردادهای بیمه مازاد درمان تکمیلی که با مراکز و واحدهای این دانشگاه منعقد می نماید شرایط ذیل را متعهد گردد.

۴-۱) در هزینه های مربوط به فیزیوتراپی برای بیمه شدگان زیر ۳۰ سال و همچنین برای فیزیوتراپی بیش از ۱۵ جلسه نیاز به MIR و تأیید پزشک معتمد بیمه گر می باشد.
۴-۲) فرانشیز هزینه های غیر مشمول بیمه گر اول ۲۰٪ خواهد بود و مطابق آئین نامه شماره ۹۹ شورایعالی بیمه اعمال خواهد شد.

تبصره ۱: این بند هزینه اقلام غیر مشمول بیمه در اقلام مصرفی اتاق عمل مانند پک ها و مینی پک های استریل اتاق عمل ، لباس را نیز شامل می شود.

۴-۳) ارائه پوشش بیمه ای برای افراد تحت تکفل شامل : همسر ، فرزندان ، پدر و مادر بیمه شدگان اصلی بدون دریافت حق بیمه اضافی خواهد بود. و بیمه شدگان خانم نیز می توانند بدون سرپرست بودن فرزندان، همسر و پدر و مادر خود را تحت پوشش بیمه قرار دهند.

۴-۴) داشتن بیمه گر اولیه صرفاً برای بیمه شده اصلی الزامی می باشد. (بیمه شده اصلی کارمند رسمی ، قراردادی و بیمانی بیمه گذار می باشد) و برای افراد تحت تکفل نیز در صورت نداشتن بیمه گر اول فرانشیز طبق آئین نامه شماره ۹۹ شورایعالی بیمه کسر و هزینه های درمان پرداخت خواهد شد.

۴-۵) برای بیمه شدگان جدید دوره انتظار طبق آئین نامه شماره ۹۹ شورایعالی بیمه اعمال خواهد شد .

۴-۶) بیمه گر متعهد می گردد بعد از اخذ و تایید و تکمیل مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز هزینه موارد سر پایی و حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز هزینه های بیمارستانی و بستری را پرداخت نماید.

۴-۷) پرداخت هزینه های بیمه شدگان بر مبنای تعرفه مورد تایید وزارت بهداشت و درمان (شورای عالی بیمه سلامت) خواهد بود .

۴-۸) بیمه گر متعهد میگردد بر اساس این قرارداد برای واحدهای تحت پوشش دانشگاه در سطح استان (تبریز و شهرستانها) قرارداد جداگانه ای که حق بیمه توسط واحد مربوطه پرداخت خواهد شد ، منعقد نماید. (بدهی حق بیمه یک واحد ، ارتباطی به ارائه خدمات درمان تکمیلی سایر واحدها نخواهد داشت).

۴-۹) بیمه گر متعهد میگردد ترتیبی اتخاذ نماید که بیمه شدگان بصورت لیست گروهی در شهرستانهای استان بتوانند به نزدیکترین شعبه یا نمایندگی جهت تحویل مدارک هزینه مراجعه نمایند.

مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

تاریخ:

شماره:

صفحه:

۴-۱۰) جهت سهولت در پرداخت هزینه بیمه شدگان، شماره حساب شبا توسط بیمه گذار ارائه خواهد شد.

۴-۱۱) در هزینه های دندانپزشکی صرفاً" در موارد عصب کشی و روکش و ترمیم های بیش از ۳ دندان (در طول مدت قرارداد) رادیوگرافی قبل و بعد از درمان ارائه خواهد شد.

۴-۱۲) برای پرداخت هزینه های درمان ناباروری و فیزیوتراپی ارائه سوابق بیمار ضروری می باشد.

۴-۱۳) تعهد بیمه گر در قبال هزینه های بیمه شدگان مطابق با جدول مناقصه حق بیمه می باشد و در کلیه قراردادهای منعقد شده با واحدهای وابسته به این دانشگاه بصورت یکسان رعایت خواهد شد.

۴-۱۴) کلیه شرایط اعلامی در زمان اخذ مناقصه جزء لاینفک این قرارداد می باشد و شرکت بیمه ملزوم به اجرای آن می باشد.

۴-۱۵) بیمه گر حق واگذاری موضوع قرارداد بغير را ندارد.

۴-۱۶) پوشش بیمه برای فرزندان ذکور تا سن ۲۲ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سال تمام و برای دانشجویان پزشکی تا ۲۶ سال تمام می باشد. پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان قرارداد ادامه خواهد یافت.

۴-۱۷) شرکت برای هر یک از رابطن بیمه می بایست دسترسی به سیستم پرداخت هزینه را ارائه نماید تا رابطن بتوانند وضعیت ثبت و پرداخت هزینه های بیمه شدگان مرکز خود را مشاهده نمایند.

۴-۱۸) سایر موارد بشرح زیرمورد توافق بیمه گذار و بیمه گر قرار میگیرد:

- هزینه های درمانی به شماره شبای معرفی شده بیمه شده اصلی واریز خواهد شد و شرکت بیمه موظف می باشد لیست واریزی هفتگی خود را بر حسب هر مرکز به مشاور بیمه دانشگاه تحویل نماید.

- با توجه به اینکه حق بیمه های مربوط به دانشگاه و کارکنان از مراکز و شهرهای مختلف واریز میگردد و بخشی از حق بیمه درمان تکمیلی نیز بصورت انفرادی توسط بیمه شدگان واریز میگردد لذا شرکت بیمه جهت سهولت تطبیق حساب با بیمه گذار می بایست یک حساب اختصاصی در یکی از بانکهای مجاز کشور، صرفاً برای واریزی حق بیمه های دانشگاه علوم پزشکی تبریز افتتاح نماید و گردش حساب فوق حداقل بصورت هفتگی جهت شناسائی وجوه واریزی در اختیار کارگزار و مشاور بیمه دانشگاه قرار گیرد.

- علاوه بر موارد ذکر شده در جدول تعهدات، در طرح طلایی موارد ذیل به تعهدات شرکت بیمه اضافه می گردد:

الف) در هزینه های دندانپزشکی طرح طلایی (ب) علاوه بر موارد مطرح شده در جدول تعهدات، هزینه ایمپلنت دندان نیز اضافه می شود. همچنین در طرح طلایی (ب) هزینه سمک نیز تا سقف ۱۵۰ میلیون ریال در تعهد شرکت بیمه می باشد.

ب) هزینه های دندانپزشکی بصورت شناور تا ۱ نفر می باشد و یکی از اعضای خانواده می توانند از سقف یکی دیگر از اعضای خانواده استفاده نمایند.

مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

تاریخ:

شماره:

صفحه:

ج) در بخش هزینه ویزیت و دارو، داروهای خارجی، مکمل و ویتامین ها نیز در صورت تجویز پزشک و تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

ماده (۵) تعهدات بیمه گذار:

۱-۵) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز (بیمه گذار) متعهد می گردد حداکثر تا ۱۴۰۴/۱۱/۳۰ لیست اولیه بیمه شدگان هر مرکز و تاریخ ۱۴۰۴/۱۲/۲۵ لیست نهایی بیمه شدگان خود را ارائه دهد.

۲-۵) بیمه گذار متعهد می گردد در مهلت تعیین شده در قرارداد نسبت به پرداخت حق بیمه، بیمه شدگان اقدام نماید و اسناد مربوط به واریز حق بیمه را تحویل بیمه گر نماید.

۳-۵) بیمه گذار می بایست در طول مدت اعتبار بیمه نامه مزاد درمان تکمیلی هرگونه افزایش و کاهش بیمه شدگان را حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز کتبا "به بیمه گراعلام نماید.

۴-۵) بیمه گذار متعهد می گردد جهت اخذ هزینه درمان کلیه اسناد و مدارک مورد نیاز را تحویل شرکت بیمه نماید.

۵-۵) بیمه گذار متعهد می گردد حداکثر ظرف مدت ۸ ماه در طول اعتبار قرارداد و حداکثر ۲ ماه بعد از انقضای قرارداد نسبت به تحویل مدارک هزینه اقدام نماید لذا بیمه گذار متعهد می گردد مدارک را ۱۵ روز قبل از انقضای مهلت مذکور به بیمه گر تحویل و تکمیل نماید در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۶-۵) با توجه به اینکه در زمان ثبت نام الزامی به ارائه مدارک بیمه شدگان (مدارک تحصیلی بیمه شدگان ذکور بالای ۲۲ سال برای کنترل دانشجو بودن و همچنین شناسنامه بیمه شدگان اناث برای کنترل عدم ازدواج) نمی باشد، صحت ثبت نام و لیست ارائه شده با بیمه شدگان هر مرکز بوده و در صورت اشتباه و عدم رعایت شرایط، حق بیمه ماههای گذشته قابل عودت نمی باشد.

ماده (۶) نحوه رفع مغایرت:

بمنظور شفاف سازی پرداخت منظم حق بیمه کارکنان، شایسته است بیمه گذار بر حسب نفرات بیمه شده حق بیمه را واریز نماید. و همچنین شرکت بیمه بطور ماهانه نحوه پرداخت و وصول حق بیمه واحدهای تابعه را رصد کرده و نسبت به رفع مغایرت و تسویه حساب با کارگزار و مشاور بیمه دانشگاه اقدام نماید.

ماده (۷) نحوه تحویل مدارک:

شرکت بیمه، متعهد می شود در تمام ایام هفته همکاران خود را جهت صدور بیمه نامه و الحاقیه های افزایش یا کاهش، دریافت اقساط حق بیمه، تحویل اسناد هزینه، بررسی و پرداخت مدارک هزینه در محلی که بیمه گذار تعیین می نماید، مستقر نماید و از مراجعه بیمه شده بصورت انفرادی به شرکت بیمه جلوگیری شود. محل استقرار همکاران درمان تکمیلی از طرف دانشگاه تامین خواهد شد و تجهیز دفتر فوق با شرکت بیمه می باشد. با توجه به تغییرات متعدد در لیست بیمه شدگان بعلت استخدام جدید، تولدنوزاد، ازدواج همکار، بازنشستگی و انتقالی در طول اعتبار بیمه نامه و همچنین ترک کار نیروهای طرحی که فاقد

مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

تاریخ:

شماره:

صفحه:

حقوق برای کسر حق بیمه می باشند ، هرگونه مغایرت در حق بیمه می بایست بصورت ماهانه از طرف بیمه گر به مراکز دانشگاه اعلام گردد.

تبصره ۱: تحویل مدارک با ارائه رسید خواهد بود.

تبصره ۲: دلیل عدم پوشش و استرداد مدارک یا بخشی از آن لازم است بصورت کتبی و شفاف از طرف بیمه گر به آگاهی بیمه شده برسد.

ماده ۸) شرایط فورس ماژور:

کلیه مفاد قرارداد در شرایط فورس ماژور و قهری لازم الاجراء می باشد.

ماده ۹) حل اختلاف قرارداد:

اختلاف فیما بین مطابق آئین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه رفع خواهد شد .

ماده ۱۰) موارد فسخ قرارداد:

هرگونه موارد فسخ قرارداد با رعایت آئین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه انجام خواهد گرفت .

ماده ۱۱) تضمین قرارداد:

با توجه به دستور العمل تضمین معاملات دانشگاههای علوم پزشکی ، شرکت بیمه موظف به ارائه تضمین حسن انجام تعهدات می باشد.

ماده ۱۲) نشانی طرفین :

بیمه گذار: تبریز، خیابان گلگشت، روبروی بیمارستان امام رضا (ع) ستاد مرکزی؛ تلفن: ۰۴۱۳۳۳۵۸۰۳۰؛ کد پستی: ۵۱۶۵۶۶۵۹۳۱

بیمه گر: تبریز، سربالائی ولیعصر، بعد از پل توانیر، جنب خیابان نظامی تلفن تماس: ۰۴۱۳۳۲۷۰۳۹۵؛ کد پستی: ۵۱۵۷۶۱۳۴۶۳

ماده ۱۳) نسخ قرارداد :

این قرارداد در ۳ نسخه و در ۱۳ ماده و با ۳ تبصره بین طرفین منعقد گردید که هر نسخه آن در حکم واحد بوده و از تاریخ ۱۴۰۴/۱۱/۰۱ برای طرفین قرارداد لازم الاجراء می باشد.

مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

تاریخ:

شماره:

صفحه:

جدول شرح هزینه های تحت پوشش بیمه تکمیلی سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ دانشگاه علوم پزشکی تبریز با رعایت آئین نامه شماره ۹۹ و بشرح ذیل می باشد:

ردیف	نوع تعهدات قرارداد	توضیحات
۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی (به استثناء زایمان)	<p>حد اکثر سقف تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (day care) ، آنژیوگرافی قلب ، هزینه های عمل دیسک ، ستون فقرات و انواع سنگ شکن ، بیرون آوردن تومورهای خوش خیم و بد خیم ، شیمی درمانی (بستری سرپائی و داروئی در مطب و بیمارستان) ، کورتاژ تخلیه ایی با تشخیص پزشک ، جراحی فک و بینی (بشرطی که عمل زیبایی نباشد) هزینه پیوند اعضاء مصنوعی و انواع پروتز ، تعویض مفصل و هزینه های جانبی آن ، پرداخت هزینه های دارو و درمان بیماریهای خاص و صعب العلاج (شامل انواع سرطان و شیمی درمانی بستری و سرپایی، MS و داروی MS ، بیماریهای نوروپاتی ، پارکینسون، پسوریازیس، کتونومی ، ایدز و سوختگی) و بیماریهای ضعف عصب و عضله) از جمله ALS، MLS، پلی میوزیت، سندرم دوشن و... و بیماریهای اوزون تراپی و اتوایمن (از جمله آرتریت روماتوئید، لوپوس، پمفیگوس و...) بای پس معده و جراحی اسلیو معده ، ترزریق سلول بنیادی و جبران هزینه داروهای کولیت معده ، روده و رماتیسم ، بیماریهای اعصاب و روان و روان پریشی ، هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک. هزینه همراه بیماران کمتر از ۱۰ سال و بیشتر از ۷۰ سال</p>
۲	جبران هزینه ۶ عمل جراحی مهم	شامل اعمال جراحی سرطان ، قلب ، گامانایف ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (با استثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه ، کبد ، ریه ، و مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخلی مغز، جبران هزینه های تخصصی برای شیمی درمانی (تعهدات این بند با احتساب بند -میباشد)
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	شامل هزینه زایمان طبیعی ، زودرس و عمل سزارین (به دستور پزشک و یادرخواست مادر)
۴	هزینه های درمان نازایی و ناباروری	مانند لاپاراسکوپی تشخیصی ، درمانی، میکرواینجکشن، IVF ، IUI ، GIFT ، ZIFT ، TTSC و کلیه هزینه های داروئی مربوط به نازایی (مانند HCG ، THMG به استثناء داروهای ویتامینی و مکمل) ، اعمال جراحی مرتبط نازایی

مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴

تاریخ:

شماره:

صفحه:

<p>انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، انواع اسکن و سی تی اسکن، ماموگرافی، انواع سونوگرافی واندوسونوگرافی، انواع MRI، انواع اکو کاردیوگرافی، هولتر مانیتورینگ قلب، انواع رادیوتراپی، رادیولوژی، انواع آندوسکوپی (سیستوسکوپی، سینوسکوپی، کلونوسکوپی، رکتوسکوپی و...)، پاتولوژی، کاردرمانی (OT) و گفتاردرمانی (ST)، سنجش تراکم استخوان، فیزیوتراپی، اودیومتری، تمپانومتری، اپتومتری، پریمتری چشم، اسپیرومتری، دانسیتومتری، خدمات مکمل در اقدامات تشخیص پزشکی هسته ای و طب هسته ای، FNA تیروئید و سینه و نوروفیدبک تست ورزش آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، نوار قلب جنین، تزریق داخل ضایعه بجز زیبایی</p>	<p>هزینه های پاراکلینیکی (۱) توضیح: موارد علامت دار با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.</p>	۵
<p>شامل انواع تست، نوار قلب، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مٹانه، تست ارودینامیک، ادیوتراپی، پاکیمتری، مانومتری، آنژیوگرافی و توپوگرافی چشم، پلٹیسوموگرافی، پنتاکم، ICG، HRT، OCT، تزریق MOG، تزریق IVIG، تزریق BCG، نوار چشم، رینوسکوپی، رینو مانومتری انواع بیوپسی، استوگرافی، تست آمینوسنتز، تست تنفسی، بینایی سنجی</p>	<p>هزینه های پاراکلینیکی (۲)</p>	۶
<p>مانند شکستگی ها، گچ گیری و گچ برداری، ختنه، بخیه، جا اندازی دررفتگی و آتل بندی، الکترو کوتر، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، تخلیه کیست، شستشوی گوش، لیزر درمانی (با استثناء رفع عیوب دید چشم)، بیرون آوردن جسم خارجی از نسج نرم، برداشتن میخچه، جراحی ناخن، درمان خونریزی بینی، شالازیون و هوردیلوم چشم، بیوپسی (کلیه هزینه های بستری سرپایی به استثناء اعمال غیر مجاز در مطب).</p>	<p>هزینه جراحی های مجاز سرپایی توضیح: موارد علامت دار با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.</p>	۷
<p>جبران انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی، تست های آلرژیک، جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین و ناهنجاری های جنین، پاپ اسمیر،</p>	<p>هزینه های آزمایش</p>	۸
<p>چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک بیمه شده سه دیوپتر و یا بیشتر باشد (تأیید پزشک معتمد بیمه قبل از عمل لیزیک ضروری است).</p>	<p>هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هر چشم)</p>	۹
<p>کشیدن، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش</p>	<p>دندانپزشکی</p>	۱۰
<p>(انواع لنز، عینک، عدسی)</p>	<p>عینک</p>	۱۱

مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴

تاریخ:

شماره:

صفحه:

هزینه کلیه ویزیت‌های مربوط به پزشکان عمومی و تخصصی و فوق تخصص طبق تعرفه و هزینه های داروهای و خدمات اورژانس و تزریقات	ویزیت و دارو و تزریقات	۱۲
---	------------------------	----

مهم:

- ۱- در بخش دندانپزشکی سقف تعیین شده برای هر نفر در طرح های طلایی شناور تا حداکثر ۱ نفر می باشد و یکی از بیمه شده می توانند از سقف یکی دیگر از اعضاء خانواده خود استفاده نماید. در بخش دارو نیز، داروهای خارجی و مکمل و ویتامین ها نیز در صورت تأیید پزشک معتمد بیمه گر در تعهد شرکت بیمه می باشد.
- ۲- در طرح طلایی (ب) علاوه بر موارد بند ۱ هزینه مربوط به سمک حداکثر تا سقف ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تحت پوشش می باشد.
- ۳- در طرح طلایی (ب) علاوه بر موارد بند ۱ و ۲ هزینه ایمپلنت نیز قابل پرداخت می باشد و یکی از اعضاء خانواده می تواند از سقف یکی دیگر از اعضاء خانواده خود استفاده نماید. سقف دندانپزشکی در طرح طلایی ب مبلغ ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر بیمه شده می باشد.

نوع طرح و شرح موضوع	شناور بودن دندان	ایمپلنت	داروهای خارجی با تأیید پزشک معتمد	سمک
طرح نقره ای - الف	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد
طرح نقره ای - ب	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد
طرح طلایی - الف	✓	ندارد	✓	ندارد
طرح طلایی - ب	✓	✓	✓	✓

جدول تعهدات مورد درخواستی برای طرح نقره ای و برای سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار	مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر
--------------------------------------	-------------------------------------



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

تاریخ:

شماره:

صفحه:

ردیف	شرح تعهدات	حق بیمه - ریال طرح الف	حق بیمه - ریال طرح ب
۱	هزینه های اعمال جراحی و بستری در بیمارستان به استثناء زایمان	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه ۶ عمل جراحی مهم	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	هزینه های درمان نازایی و ناباروری	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	هزینه جراحی های مجاز سرپایی	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۸	هزینه های انواع آزمایش	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هر چشم)	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	دندانپزشکی	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	عینک	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۶/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	هزینه ویزیت و دارو و تزریقات	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
	سقف تعهدات شرکت بیمه برای هر طرح و هر بیمه شده (به استثناء ردیف ۱۳)	۱.۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲.۶۴۰.۰۰۰.۰۰۰

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار

مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

تاریخ:

شماره:

صفحه:

جدول تعهدات مورد درخواستی برای طرح طلایی و برای سال ۱۴۰۴-۱۴۰۵

ردیف	شرح تعهدات	حق بیمه - ریال طرح الف	حق بیمه - ریال طرح ب
۱	هزینه های اعمال جراحی و بستری در بیمارستان به استثناء زایمان	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه ۶ عمل جراحی مهم	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	هزینه های درمان نازایی و ناباروری	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	هزینه جراحی های مجاز سرپایی	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۸	هزینه های انواع آزمایش	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هر چشم)	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	دندانپزشکی	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	عینک	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	هزینه ویزیت و دارو و تزریقات	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
سقف تعهدات شرکت بیمه برای هر طرح و هر بیمه شده		۳.۳۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۷۳۰.۰۰۰.۰۰۰

مهم: دانشگاه علوم پزشکی تبریز در انتخاب هر یک از طرح ها در صورتیکه در هر طرح حداقل ۱۰۰۰ نفر بیمه شده وجود داشته باشد مختار است.

مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار