

شرایط بیمه تکمیل درمان اعضاء و پرسنل سازمان نظام مهندسی ساختمان استان یزد (شروع قرارداد ۱۳۹۸/۹/۱۹)

(طرف قرارداد: بیمه کوثر)

مبلغ تعهدات سالیانه (ارقام به ریال)	شرح تعهدات بیمه گر
۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱- هزینه شش عمل اصلی اعمال جراحی مربوط به سرطان ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گاما نایف ،قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲- جبران هزینه های بستری ، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپائی) ، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و duycarc (پائینتر از ۶ ساعت بستری)
۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۳- هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین (حداکثر برای سه فرزند) و کورتاژ
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۴- هزینه پاراکلینیکی شامل انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن ، انواع آندوسکوپی ، ام آر آی ، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو دانسیتومتری و ناهنجاریهای جنین ۵- هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی ، نوار عضله ، نوار عصب و مغز ، نوار مثانه ، شنوائی سنجی ، بینایی سنجی، آنژیوگرافی چشم و هولترمانیتورینگ قلب ۶- هزینه جراحیهای مجاز سرپائی شامل، شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی ، کشیدن بخیه ۷- هزینه مربوط به خدمات آزمایشگاهی شامل: آزمایشهای تشخیص پزشکی پاتالوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸- هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم (درجه نزدیکی بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد (برای دو چشم)
۳,۵۰۰,۰۰۰	۹- جبران هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهمیه بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری

<p>۱,۰۰۰,۰۰۰</p> <p>۲,۰۰۰,۰۰۰</p>	<p>۱۰- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج داخل شهری بین شهری</p>
<p>۵,۰۰۰,۰۰۰</p>	<p>۱۱- هزینه دندانپزشکی (به استثناء ارتودنسی و ایمپلنت)</p>
<p>۲,۰۰۰,۰۰۰</p>	<p>۱۲- هزینه مربوط به عینک طبی و خرید لنز طبی</p>
<p>حق بیمه با احتساب مالیات برارزش افزوده برای هر نفر (ریال) ۸۴۰,۰۰۰ ریال</p>	
<p>نحوه پرداخت جهت هر نفر ۴ فقره چک به صورت هر سه ماه یکبار (۹۸/۸/۳۰ الی ۹۹/۸/۳۰)</p>	<p>مدارک موردنیاز جهت ثبت نام - - - -</p>
<p>محل ثبت نام : سازمان نظام مهندسی ساختمان استان یزد - طبقه سوم واحد ۷</p>	
<p>آدرس بیمه گر: یزد خیابان امام-بعد از بیمارستان سیدالشهدا-نرسیده به چهارراه شهیدان ذاکری نژاد(سمت راست) بعد از فروشگاه کوروش شماره تماس: ۰۹۱۳۷۷۴۴۷۷۹-۳۶۲۰۵۷۰۲ (صالحی)</p>	
<p>مهلت ثبت نام : از مورخ ۹۸/۹/۰۳ تا ۹۸/۹/۱۱</p>	
<p>توضیحات : ۱- دوره انتظار برای زایمان اعم از طبیعی و سزارین شش ماه می باشد و بیماریهای مزمن سه ماه می باشد (دوره انتظار برای افرادی که به طور متوالی از خدمات بیمه تکمیلی استفاده کرده اند لحاظ نمی گردد). ۲- براساس توافق به عمل آمده با شرکت بیمه کوثر شرایط فوق الذکر برای حداقل ۳۰۰ نفر لحاظ گردیده است .</p>	