



نوع پوشش	ردیف	شرح پوشش	سقف پوشش	واحد	درصدت فرانشیز
اصلی (باید)	۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (به استثنای زایمان، نازایی و لیزیک)	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰
	۲	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج درون شهری برون شهری	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰
پوشش های اضافی	۳	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰
	۴	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰

۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰	جبران هزینه انواع آندوسکوپ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکترو کاردیوگرافی، انواع اکو کاردیوگرافی، 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 پنهان‌کم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۵
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰	جبران هزینه ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً سهم مازاد بر بیمه گر پایه)، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۶
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰	جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (جراحی لثه در صورت اخذ پوشش دندان پزشکی قابل ارائه می‌باشد).	۷
۱۶,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰	جبران هزینه خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	۸
۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد.	۹
۶۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰	جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء رفع عیوب انکساری چشم)	۱۰

((شرایط خصوصی منضم به قرارداد درمان گروهی دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی ساری))

شماره قرارداد: ۱۴۰۳/۱۳/۱۰۱۹/۴۶۵۵/۷ تاریخ شروع: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱ تاریخ انقضاء: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

- ۱- دوره انتظار موضوع ماده ۱۵ قرارداد فی مابین از بیمه نامه حذف می گردد.
- ۲- حق بیمه بیمه شدگان بالای سن ۶۰ سال تمام موضوع ماده ۱۱ قرارداد فیما بین ، بدون اضافه نرخ در نظر گرفته خواهد شد.
- ۳- بیمه گر جهت اصلاح تبصره ۱ ماده ۱۲ قرارداد شماره فوق اشاره ، مهلت پرداخت حق بیمه را با یک ماه تاخیر پس از سررسید اعلام و در زمان مذکور بیمه گر نیز نسبت به ایفای تعهدات اقدام خواهد نمود.
- ۴- والدین تحت تکفل و غیرتحت تکفل بیمه شدگان اصلی با پرداخت حق بیمه برابر و به شرط ارائه لیست اسامی و دارا بودن دفترچه بیمه گر اول (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح) به صورت یکجا و در ابتدای قرارداد تحت پوشش قرار می گیرند.
- ۵- فرزندان ذکور و اناث بیمه شدگان از ابتداء قرارداد امکان پوشش مطابق حق بیمه مندرج را دارند.
- ۶- بیمه گر متعهد می گردد بعد از ثبت نهایی اسامی بیمه شدگان ، تا ۳ ماه پس از تاریخ شروع قرارداد نسبت به اضافه نمودن افراد از قلم اقتاده اقدام نماید . همچنین بیمه گر متعهد می گردد نسبت به افزودن ۱٪ از تعداد کل بیمه شدگان (شاغل و بازنشسته) در هر زمان از قرارداد اقدام نماید (به شرطی که کل افراد خانواده اضافه گردند و از تاریخ درخواست بیمه گذار تحت پوشش قرار می گیرند).
- ۷- بازنشستگان می توانند در ابتدای شروع بیمه نامه به همراه افراد تحت تکفل ، تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند.
- ۸- حذف و اضافه بیمه شدگان با درخواست مکتوب بیمه گذار و با ارائه مدارک مثبته ، همزمان با تاریخ مندرج در نامه بیمه گذار اعمال می گردد.
- ۹- جهت اضافه شدن بیمه شدگان موضوع تبصره ۱۰/۲/۱ ت قرارداد فی مابین مهلت اعلام بیمه گذار به ۳ ماه افزایش می یابد و در صورت اعلام بعد از مهلت مذکور از تاریخ نامه ثبت شده در دبیرخانه شرکت بیمه گر اعمال می گردد.
- ۱۰- جهت حذف بیمه شدگان موضوع تبصره ۱۰/۲/۳ ت قرارداد فی مابین مهلت اعلام بیمه گذار به ۲ ماه افزایش می یابد و در صورت اعلام بعد از مهلت مذکور از تاریخ نامه ثبت شده در دبیرخانه شرکت بیمه گر اعمال می گردد.
- ۱۱- بیمه گر موافقت می نماید در صورت فوت بیمه شده فرعی از تاریخ فوت در صورت دریافت خسارت ، نسبت به حذف با برگشت حق بیمه اقدام نماید و در صورت فوت بیمه شده اصلی در صورت دریافت خسارت ، صرفاً حذف بیمه شده اصلی با برگشت حق بیمه صورت پذیرد (افراد تبعی در صورت استفاده از خدمات در صورت تقاضای عدم ادامه پوشش بیمه ای مشمول این بند نخواهند بود).
- ۱۲- هزینه پمپ شیمی درمانی از محل تعهدات ردیف ۳ موضوع ماده ۱۳ قرارداد فی مابین قابل پرداخت می باشد.
- ۱۳- هزینه های بستری جهت درمان بیماریهای روان پریشی تا سقف ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ، پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر ، برای ۵ نفر از جمعیت بیمه شدگان ، با ارائه معرفی نامه کتبی از سوی بیمه گذار ، مطابق با تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی اعلام شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور در بخش دولتی و خصوصی در سال اجرای قرارداد و پس از کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.
- ۱۴- هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ، پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر ، برای ۱۵ نفر از جمعیت بیمه شدگان ، با ارائه معرفی نامه کتبی از سوی بیمه گذار ، مطابق با تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی اعلام شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور در بخش دولتی و خصوصی در سال اجرای قرارداد و پس از کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۱۵- هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT, ZIFT, IUI, IVF و میکرواینجکشن و داروهای نازایی تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال، پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر، برای ۵ نفر از جمعیت بیمه شدگان، با ارائه معرفینامه کتبی از سوی بیمه گذار، مطابق با تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور در بخش دولتی و خصوصی در سال اجرای قرارداد و پس از کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۱۶- سقف تعهدات پاراکلینیکی ۱ و پاراکلینیکی ۲ و جراحی های مجاز سرپایی در مجموع ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود.

۱۷- هزینه های انواع آزمایشات تشخیصی پزشکی، آسیب شناسی، آزمایشات مربوط به کرونا، پاتولوژی، ژنتیک پزشکی، هزینه بیماریها و ناهنجاریهای جنین، آمینوسنتز، غربالگری، فیزیوتراپی (لیزر تراپی، مگنت تراپی، الکتروتراپی)، کار درمانی، گفتار درمانی، رفتار درمانی، تست تیلت، تست خواب، پیس میکر قلب، کشیدن بخیه، بازکردن گچ، دستگاه تست قند خون و فشار خون، نوار تست قند خون، سونداژ، برداشتن خال، تهیه سرم از سلولهای بنیادی، تزریق PRP، ازون تراپی، فوتوتراپی نوزادان، بدون اعمال تعرفه به معنای پرداخت کلیه هزینه های پاراکلینیکی طبق فاکتور و صورتحساب و در صورت عدم پرداخت بیمه گر پایه با کسر فرانشیز، برای هر نفر تا سقف ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال از محل مجموع تعهدات پاراکلینیکی ۱ و ۲ و جراحی های مجاز سرپایی قابل پرداخت می باشد.

۱۸- سقف تعهدات ویزیت و دارو و خدمات اورژانس برای هر نفر از مبلغ ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال افزایش می یابد.

۱۹- هزینه انواع ویزیت (پزشکان عمومی، متخصص، فوق تخصص، دندانپزشک، روانپزشک، روانشناس بالینی، مشاوره رژیم غذایی و سایر مشاوره ها، پزشک طب سنتی و افرادی که دارای مدرک PHD و MD می باشند و کارشناسان دارای پروانه پیراپزشکی مانند مام، ایپتومتریست، فلوشیپ)، مشاوره روان پزشک و روان شناس، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، تزریقات و پانسمان، از محل تعهدات ویزیت و دارو و خدمات اورژانس قابل پرداخت می باشد.

۲۰- کلیه هزینه های دارو اعم از خارجی و ایرانی بدون قید و شرط، انواع ویتامین، انواع مکمل (به استثنای داروهای زیبایی) و داروهای گیاهی دارای پروانه وزارت بهداشت، با تجویز پزشک متخصص قابل پرداخت می باشد. هزینه داروهای تقویتی و آهن با تجویز پزشک و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد. هزینه داروهای خارجی بدون در نظر گرفتن مشابه ایرانی و صرفاً با توجه به صورتحساب داروخانه با کسر فرانشیز (در صورت عدم پرداخت بیمه پایه) از سقف تعهدات ویزیت و دارو و خدمات اورژانس قابل پرداخت می باشد.

۲۱- هزینه های ویزیت و دارو بدون اعمال تعرفه و مطابق صورتحساب با کسر فرانشیز (در صورت عدم پرداخت بیمه پایه) قابل ارزیابی و پرداخت می باشد.

۲۲- بیمه گر موافقت می نماید، با معرفی بیمه گزار برای ۱۰ نفر از جمعیت بیمه شدگان بابت جبران هزینه های ویزیت و دارو تا دو برابر سقف ویزیت و دارو هر نفر با نامه ارسالی از سوی بیمه گذار اقدام نماید.

۲۳- سقف تعهدات دندانپزشکی برای هر نفر مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد که امکان استفاده اعضای خانواده از سقف یکدیگر امکان پذیر می باشد، کلیه اعمال تعهد شده در خدمات دندانپزشکی شامل خدمات کشیدن، جرم گیری و بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه، روکش و عصب، جراحی لثه، جراحی دندان نهفته، ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان و انواع پروتز تا دو برابر تعرفه اعلامی از سوی سندیکای بیمه گران ایران پس از کسر فرانشیز محاسبه و پرداخت می گردد.

۲۴- سقف تعهدات عینک و لنز طبی از مبلغ ۱۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال به مبلغ ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال افزایش می یابد.

۲۵- هزینه سمک تا سقف ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال، پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر، برای ۵ نفر از جمعیت بیمه شدگان، با ارائه معرفینامه کتبی از سوی بیمه گذار و ارائه مدارک مثبته، پس از کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

- ۲۶- هزینه های خرید ارتز ، دست مصنوعی ، کمربند طبی ، پای مصنوعی ، کفش طبی ، گردن بند طبی ، زانوبند طبی ، کتف بند طبی ، صندلی پزشکی ، کیسه کلستومی ، دمیایی طبی ، کفی طبی ، مچ بند طبی ، جوراب واریس ، صندل طبی تا سقف ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ، با تجویز پزشک متخصص مربوطه و پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر ، برای ۳۰ نفر از کل جمعیت بیمه شدگان ، با ارائه معرفینامه کتبی از سوی بیمه گذار ، پس از کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.
- ۲۷- هزینه های تهیه اعضای طبیعی بدن تا سقف ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای تعداد ۵ در هزار از کل جمعیت بیمه شدگان با ارائه معرفینامه کتبی از بیمه گذار قابل پرداخت می باشد.
- ۲۸- جبران هزینه های مزاد بر تعهدات ردیفهای ۱ و ۳ مندرج در جدول موضوع ماده ۱۳ قرارداد فی مابین ، با ارائه معرفینامه کتبی از بیمه گذار ، برای تعداد ۱۰ در هزار از کل جمعیت بیمه شدگان به ازای هرنفر تا سقف ۱,۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال پس از کارشناسی بر اساس تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی اعلام شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور در بخش دولتی و خصوصی در سال اجرای قرارداد ، امکان پذیر می باشد.
- ۲۹- جبران هزینه های مزاد بر تعهدات ردیفهای ۴ و ۵ و ۱۰ مندرج در جدول موضوع ماده ۱۳ قرارداد فی مابین (شامل خدمات پاراکلینیکی) ، با ارائه معرفینامه کتبی از بیمه گذار ، برای تعداد ۱۰ در هزار از کل جمعیت بیمه شدگان به ازای هرنفر تا سقف ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ، امکان پذیر می باشد.
- ۳۰- بیمه گر موافقت می نماید جهت جبران هزینه های درمانی بیمه شدگان ، مورد تایید توسط پزشک معتمد بیمه گر ، جمعاً مبلغ ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال مزاد بر تعهدات جدول در قالب طرح جمعی در طول مدت اعتبار بیمه نامه و در مجموع کل بیمه شدگان با ارائه معرفی نامه کتبی از سوی بیمه گذار ، اختصاص دهد.
- ۳۱- کلیه خدمات پاراکلینیکی و بیمارستانی که جنبه درمانی دارد و در کتاب ارزش نسبی دارای کد می باشد ، قابل پرداخت است .
- ۳۲- هزینه های پاراکلینیکی
- ۳۳- تبصره های ۴ و ۵ بند ۲-۱۸ به شرح ذیل اصلاح می گردد:
- تبصره چهار- در مواردی که بیمه شده جهت بستری در بیمارستان از معرفی نامه استفاده ننموده باشد ، مهلت تحویل مدارک بیمارستانی به این شرکت حداکثر تا ۵ ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان می باشد .
- تبصره پنج - مهلت تحویل مدارک مربوط به هزینه های سرپایی به این شرکت حداکثر تا ۵ ماه بعد از تاریخ انجام اقدام می باشد . (در صورت انقضای قرارداد این مهلت حداکثر تا ۴ ماه از تاریخ انقضای بیمه نامه خواهد بود).
- ۳۴- سایر شرایط مندرج در شرایط عمومی و خصوصی مناقصه تجمیع امور بیمه ای که به امضای این شرکت رسیده است ، مورد پذیرش و منضم به قرارداد می باشد.
- ۳۵- فرانشیز مورد عمل در تمامی بند ها ۱۰٪ می باشد.