

قابل توجه بیمه شدگان محترم تکمیل درمان ۱۳۹۸-۱۳۹۹

شرایط و تعهدات بیمه تکمیلی درمانی دانشگاه

احتراماً با عنایت به هدف ستاد رفاهی مبنی بر ارائه خدمات بیمه‌ای در شأن و منزلت کارکنان دانشگاه هرمزگان به استحضار می‌رساند، بیمه درمان تکمیلی همکاران محترم از تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ لغایت ۱۳۹۹/۰۴/۰۱ با شرکت **بیمه کوئراستان هرمزگان** و با شرایط و تعهدات ذیل منعقد شده است. لذا مقتضی است کلیه همکاران پس از مطالعه، در خصوص حذف و اضافه اسامی افراد تحت تکفل خود به لیست بیمه تکمیلی درمان تا تاریخ ۱۳۹۸/۰۶/۱۴ اقدام لازم بعمل آورند.

توجه ۱: سرانه حق بیمه درمان تکمیلی معادل ۸۹۰/۰۰۰ ریال برای **هر نفر** خواهد بود.

- بر اساس مصوبه آئین نامه های استخدامی اعضای هیات علمی و غیر هیات علمی دانشگاه، ۵۰ درصد مبلغ حق بیمه **جهت سرپرست دانشگاهی و افراد تحت تکفل قانونی و والدین تحت تکفل** توسط دانشگاه به عنوان یارانه بخشی از هزینه حق بیمه پرداخت می‌گردد (۵۰ درصد به عهده دانشگاه و ۵۰ درصد به عهده متقاضی).

شرایط و تعهدات جدول زیر با **فرانشیز صفر و بدون اعمال هر گونه تعرفه های مصوب نظام پزشکی** جهت استفاده برای هر نفر از اعضای خانواده تحت پوشش بیمه درمان

خدمات دندانپزشکی **جهت استفاده هر خانوار** در طول مدت قرارداد می باشد.

تعهدات زیر برای معالجاتی است که تاریخ شروع آنها در صورت حساب بیمار مربوط به مدت تعیین شده در قرارداد باشد، لازم به ذکر است خسارت های درمانی مربوط به ادامه معالجاتی که قبل از شروع پوشش این قرارداد برای بیمه شده اتفاق افتاده باشد در تعهد نمی باشد.

بدون سقف	تأمین هزینه های بیمارستانی شامل: اعمال جراحی مغز و اعصاب، قلب، چشم، پیوند کلیه و مغز و استخوان، پیوند کبد، قلب، ریه، قرنیه	۱
بدون سقف	جبران هزینه های اعمال جراحی عمومی شامل: درمان طبی و کلیه اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز درمانی محدود DAYCARE و نیز پیوند قرنیه، ویتراکتومی و دکولمان رتین، آنژیوگرافی قلب، شیمی درمانی، انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات تبصره ۱: اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبتهای بعد از عمل در مراکز درمانی، بیشتر از ۶ ساعت و کمتر از یک روز باشد. تبصره ۲: جبران هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال به شرط بستری شدن در بیمارستان و با تجویز پزشک معالج مربوطه و تایید پزشک معتمد بیمه گر. تبصره ۳: هزینه سپتوپلاستی(انحراف بینی) و استرایپسم(انحراف چشم) در صورتی قابل پرداخت می باشد که قبل و بعد از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد.	۲
ریال ۱۵/۰۰۰/۰۰۰	هزینه دارو در تعهد بیمه همگانی و ما به التفاوت داروهای خارجی، گیاهی، هورمونی، نازایی، تقویتی، پوستی و دست ساز که جنبه درمانی دارد طبق نظر پزشک متخصص	۳
ریال ۵۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین کورتاژ تشخیصی درمانی و هزینه های درمانی نازایی برای زوجین شامل لاپاراسکوپی تشخیصی درمانی ZIFT-GIFT- IUI- IVF	۴

<p>۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۵ جبران هزینه های خدمات پاراکلینیکی مانند انواع سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن و سی تی اسکن، انواع آندوسکپی با بیهوشی و بدون بیهوشی، سیستوسکپی، رکتوسکپی، ام آر آی، انواع اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتری، آرگو اسپیرومتری، رینوماتومتری، برنکوگرافی، تست متاکولین، پاپ اسمیر، تست HPV آنژیوگرافی هر دو چشم و تمام تست های بینایی سنجی، شنوایی سنجی، سنجش تراکم استخوان، پنتاکوم چشم، پاکتیمتری استرس اکو، فوندوسکوپی، کانفو اسکن، انتروپیون، تمپانومتری، بادی باکس، پلتیسموگرافی، تست غربالگری، تست ورزش ، تست آلرژی، نوار قلب، نوار قلب جنین، نوار گوش، نوار مثانه، نوار عضله و عصب ، نوار مغز ، EEG هولترینگ قلب، خدمات اورژانس و بخور درمانی، اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگیها و دررفتگیها، گچ گیری و باز کردن گچ، ختنه، بخیه و کشیدن آن، کشیدن ناخن، پانسمان و سایر خدمات مشابه، تخلیه کیست، رادیوتراپی، کرایوتراپی، بیوپسی، اکسیژن لیپوم، و لیزر درمانی و لیزر PD (در موارد غیر زیبایی (تزریقات و تزریقات تخصصی داخل مفصل و داخل ضایعه، تزریق داروی BCG، برداشتن میخچه، گزیدگی، کلیه خدمات فیزیوتراپی مانند ازون تراپی ، شاک ویو، مگنت و غیره</p>	<p>۵</p>
<p>۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۶ تامین هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری ۲/۵ دیوپتر یا بیشتر دو چشم</p>	<p>۶</p>
<p>۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۷ تامین هزینه های آمبولانس در داخل شهر</p>	<p>۷</p>
<p>۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۸ تامین هزینه های آمبولانس در خارج شهر</p>	<p>۸</p>
<p>۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۹ خدمات آزمایش (آزاد، ستاره دار، روماتیسمی، پاتولوژی، ژنتیک پزشکی و رادیولوژی</p>	<p>۹</p>
<p>۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۱۰ جبران هزینه ویزیت کلیه مراکز درمانی (طب، تغذیه، مشاوره، ژنتیک، روانپزشک، تا سقف تعرفه های بخش خصوصی پس از کسر سهم بیمه گر اول</p>	<p>۱۰</p>
<p>۷/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۱۱ سقف تعهدات هزینه عینک طبی، لنز و عدسی طبی و (عینک طبی آفتابی برای نمره چشم بالای یک با گواهی پزشک متخصص و فوق تخصص مبنی بر الزام استفاده به لحاظ درمانی با تایید پزشک معتمد بیمه گر)</p>	<p>۱۱</p>
<p>۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۱۲ تامین هزینه های کلیه خدمات دندانپزشکی و ایمپلنت و ارتودنسی در صورتیکه طبق نظر پزشک معالج جنبه درمانی داشته باشد جهت استفاد هر خانوار</p>	<p>۱۲</p>
<p>۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۱۳ تامین هزینه های مربوط به جوراب واریس عصا ، دندان مصنوعی ، سمعک ، ویلچر ، واکر، تشک طبی، هزینه های ترک اعتیاد ویزیت پزشک و پرستاری در منزل ، کپسول اکسیژن ، کاردرمانی و گفتار درمانی</p>	<p>۱۳</p>
<p>۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال</p>	<p>۱۴ جبران هزینه های (مازاد بر سقف و موارد عدم تعهد با نامه کتبی بیمه گذار) و بستری فاز حاد بیماریهای روانی نظیر افسردگی و سایکوز و داروهای بیماران ام اس و دیالیز و هموفیلی و تالاسمی</p>	<p>۱۴</p>

توجه ۲: افرادی می‌توانند به صورت وابسته به فرد اصلی، تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند که دارای شرایط ذیل باشند:

- همسر کارکنان مرد و زن سرپرست دانشگاهی.
- فرزندان **ذکور مجرد** تا سن ۲۲ سال و در صورت عدم اشتغال به کار و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال و دانشجویان مقطع دکتری تا سن ۲۶ سال و فرزندان **اناث** مادامی که شاغل نبوده (بیمه نداشته باشد) و یا ازدواج نکرده باشند. (فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان بدون در نظر گرفتن شرط سنی بیمه خواهند بود)
- پدر و مادر (به شرط داشتن دفترچه بیمه پایه)
- ضمناً همکارانی که **والدینشان** تحت پوشش بیمه پایه (خدمات درمانی، تامین اجتماعی) آنان می‌باشند با ارائه مستندات می‌توانند از **۵۰ درصد** حق سرانه پرداختی دانشگاه بهره مند گردند.

توجه ۳: پرسنل استخدام جدید، انتقالی، همسر پرسنلی که ازدواج نموده‌اند و یا افرادی که در طول مدت قرارداد تحت کفالت قانونی بیمه شده اصلی درآمد دارند در صورتی می‌توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند که **حداکثر ظرف مدت ۲ ماه پس از تاریخ حکم، کفالت و ازدواج** از طریق کارگزینی به شرکت بیمه معرفی شوند.

توجه ۴: نوزادان از **بدو تولد** بیمه می‌باشند منوط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا **یک ماه پس از تولد** به بیمه گر اعلام نماید.

توجه ۵: در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه شدگان به **استثناء نوزاد بدو تولد** امکان پذیر نمی‌باشد.

توجه ۶: صحت اطلاعات ارسالی به عهده متقاضیان خواهد بود، لذا خواهشمند است نهایت دقت در این خصوص صورت پذیرد تا مشکلی در روند بیمه تکمیلی ایجاد نشود. **همچنین عدم ارسال درخواست بیمه تکمیلی شخص، به منزله ادامه دریافت خدمات بیمه تکمیلی درمان تلقی خواهد شد.**

توجه ۷: پیرو اعلام شرکت بیمه کوثر، هزینه های بیمه تکمیلی درمان همکاران محترم و افراد تحت تکفل ایشان فقط به حساب بیمه شده اصلی واریز می‌گردد و امکان واریز به شماره حساب افراد دیگر امکان پذیر نمی‌باشد.

توجه ۸: همکاران محترم برای کسب اطلاعات از مراکز طرف قرارداد و گزارش پرداخت خسارت درمان شرکت بیمه کوثر میتوانند به آدرس www.kowsarinsurance.ir مراجعه نمایند.

توجه ۹: مهلت تحویل مدارک هزینه های درمانی بیمه شدگان در طول قرارداد حداکثر **شش ماه** و بعد از اتمام قرارداد **سه ماه** خواهد بود.

توجه ۱۰: در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز **عینک سازی** و **اپتومتری غیر طرف قرارداد** می‌بایست به همراه نسخه چشم پزشک یا اپتومتریست غیر طرف قرارداد، بعلاوه فاکتور معتبر هزینه انجام شده (**ممهور به مهر و امضاء عینک سازی**) و نیز عینک خریداری شده، به اپتومتریست معتمد بیمه کوثر که بر روی **سایت بیمه کوثر** اعلام شده است مراجعه نموده و پس از تایید وی اسناد و هزینه را به بیمه کوثر جهت دریافت خسارت ارائه نماید.

توجه ۱۱: بیمه شدگان محترم جهت دریافت هزینه های درمانی خود برای بار اول ملزم به ارائه کپی کارت ملی و صفحه اول دفترچه درمان بوده و برای دفعات بعد **صرف اعلام کد ملی (روی اسناد شماره همراه و کد ملی خود را ثبت نمایند)** کفایت می‌نماید.

توجه ۱۲: در خصوص استفاده از خدمات مراکز **فیزیوتراپی** طرف قرارداد با شرکت بیمه کوثر ارائه **معرفینامه** الزامیست.

توجه ۱۳: از همکاران **محترم خانم** که به عنوان **بیمه شده اصلی** در لیست بیمه معرفی شده اند خواهشمند است نسبت به دریافت دفترچه بیمه پایه خود با شماره کارگاه دانشگاه جهت استفاده در مراکز درمانی اقدام کنند تا در مراکز طرف قرارداد با مشکل مواجه نشوند.

توجه ۱۴ : در خصوص افرادی که به هر نحوی **رابطه استخدامی** آنان با دانشگاه **قطع گردد**. در صورت استفاده از خدمات بیمه تکمیلی درمان در طول قرارداد، پرداخت سرانه ماهیانه تا پایان قرارداد بر **عهده خودشان** بوده و ملزم به **تسویه حساب** تا **پایان قرارداد** می باشند.

آدرس شرکت بیمه کوئراستان هرمزگان: بلوار امام خمینی روبروی شهرداری مرکزی خیابان ورزش تلفن: ۳۲۲۳۹۲۴۰

ضمناً" آدرس شرکت بیمه کوثر برای انجام **بیمه اتومبیل** چهارراه پردیس طبقه فوقانی آرایشگاه فسقلی ها ، ساختمان خاطره ، طبقه ۵ واحد ۸ می باشد.(درب ورودی پشت ساختمان می باشد)