

قابل توجه بیمه شدگان محترم تکمیل درمان ۱۴۰۰-۱۳۹۹

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 ۱۳۹۹/۰۴/۰۱ لغایت ۱۳۹۹/۱۲/۳۰ با شرکت **بیمه کوثر استان 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 ۱۳۹۹/۰۶/۳۱ اقدام لازم بعمل آورند.

توجه ۱: سرانه حق بیمه درمان تکمیلی معادل ۱/۱۰۰/۰۰۰ ریال برای هرنفر 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 پارانه 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 هرگونه تعرفه های مصوب نظام پزشکی جهت استفاده برای هر نفر از اعضاء خانواده تحت پوشش بیمه درمان**

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

تعهدات ذیل 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، نخاع، چشم، پیوند کلیه و مغز و استخوان، پیوند کبد، قلب، ریه (دارو و لوازم پیوندی و سایر خدمات)	۱
بدون سقف	<p>جبران هزینه های اعمال جراحی عمومی شامل: درمان طبی و کلیه اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز درمانی محدود DAYCARE و نیز پیوند قرنیه، ناخنک چشم، لیزر تراپی چشم، گامانایف، ویتراکتومی و دکولمان رتین، آنژیوگرافی قلب و سایر اعضای بدن، شیمی درمانی، انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	۲
۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	پراخت هزینه داروهای در تعهد بیمه همگانی و مابه التفاوت داروهای خارجی، گیاهی، دست ساز، هورمونی، نازایی و تقویتی و زیبایی که جنبه درمانی دارد و داروهای پوستی به شرط تجویز پزشک متخصص	۳

۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۴ زایمان طبیعی و عمل سزارین کورتاژ تشخیصی قانونی - درمانی و تامین هزینه های درمانی نازایی و ناباروری برای زوجین شامل لاپاروسکوپی تشخیصی درمانی ، میکرواینجکشن - ZIFT GIFT - ITSC- IUI - IVF</p>
۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۵ خدمات پاراکلینیکی مانند سونوگرافی داخل مطب و سایر مراکز، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن و سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی (با بیهوشی و بدون بیهوشی)، سیستم اسکپی، رکتوسکوپی، کولونوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، سنجش تراکم استخوان، آنژیوگرافی هردو چشم، پنتاکم، مانومتري، پاکيمتری و تمام تست های بينايی سنجی ، فوندوسکوپی ، کانفو اسکن، انتروپيون، تمپانومتري، بادی باکس، پلتیسمو گرافی، توپوگرافی، تست غربالگری، تست تنفس (اسپیرومتري)، ارگو اسپیرومتري، رینو ماتومتري، برونکوگرافی، تست متاکولین، کایروپراکتیک، تست ورزش، ورزش درمانی، انواع تست های تنفسی شامل تست UBT، تست HBT، نورفیدبک، تست آلرژي، تست خواب، نوار قلب، نوار قلب جنین، نوار مئانه، نوار عضله و عصب، شنوایی سنجی، نوار مغز، EEG هولترینگ و مانیتورینگ قلب، دانسیتومتري و خدمات اورژانس (موارد بستري و غیر بستري) و بخور درمانی، گزیدگی، شکستگیها و دررفتگیها، گچ گیری و باز کردن گچ، آتل، پانسمان، شالازیون، ختنه ، بخیه و کشیدن آن، کشیدن ناخن، پانسمان و سایر خدمات مشابه، تخلیه کیست، ساکشن و شستشوی گوش، رادیوتراپی ، کرایوتراپی، بیوپسی، اکسیژون لیپوم ، لیزر درمانی کم توان و پر توان (در موارد غیر زیبایی) نور درمانی، پرتو درمانی، تزریقات و تزریقات تخصصی داخل مفصل، تزریق داروی BCG، و کلیه خدمات فیزیوتراپی مانند (ازون تراپی، شاک ویو، مگنت، ید تراپی و غیره)</p>
۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۶ تامین هزینه های کلیه خدمات دندانپزشکی و ایمپلنت در صورتیکه طبق نظر پزشک معالج جنبه درمانی داشته باشد جهت استفاد هر خانوار</p>
۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۷ لنز، عینک و عدسی طبی و طبی آفتابی طبق نظر پزشک متخصص نمره چشم یک به بالا</p>
۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۸ کلیه خدمات آزمایشگاهی (آزاد و ستاره دار و آزمایشهای رماتیسمی) و رادیولوژی، پاتولوژی، ژنتیک پزشکی</p>
۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۹ تامین هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری ۲/۵ دیوپتر یا بیشتر دو چشم</p>
۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۱۰ تامین هزینه های آمبولانس (داخل و خارج از شهر)</p>
۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۱۱ خدمات ویژه شامل کلیه موارد پروتز و ارتوز زانو بند، کمر بند، گردن بند، مچ بند، کفش طبی، کفی طبی، و غیره ... تشک طبی، عصا، دندان مصنوعی، سمعک، نوار تست قند خون، جوراب وارپس، ویلچر، واکر، نوار تست قند خون، شارژ و مانیتورینگ باطری قلب، ترک اعتیاد و کلیه خدمات پزشک و پرستاری برای بیمار در منزل، کپسول اکسیژن، کاردرمانی و گفتار درمانی</p>
۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۱۲ پرداخت هزینه کلیه ویزیت های مراکز درمانی (طب، تغذیه و مشاوره، ژنتیک و روانپزشک و مامایی) تا سقف تعرفه های بخش خصوصی پس از کسر سهم بیمه گر اول</p>
۱۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	<p>۱۳ جبران هزینه های مازاد بر سقف و موارد عدم تعهد از جمله تامین هزینه داروهای بیماران ام اس و دیالیز و بستری فاز حاد بیماریهای روانی نظیر افسردگی و سایکوز</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 **والدین شان** 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 درآمده‌اند 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 پزشکی یا اپتومتریست غیر طرف قرارداد، بعلاوه فاکتور معتبر هزینه انجام شده (**ممههور 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 کفایت می‌نماید.

توجه ۱۲: در خصوص استفاده از خدمات مراکز **بیمار ستانی و 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 داذ شگاه** 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 کوئر برای انجام بیمه شخص ثالث و بدنه اتومبیل به شرح زیر می باشد.

بلوار امام حسین، بازارچه امام حسین، ورودی جنب بانک سپه، لاین ساحل پلاک ۱۲۲ بیمه کوئر کد ۶۰۶۶۶ مرتضی مهدوی