

"خلاصه ای از قرارداد بیمه تکمیلی کارکنان دانشگاه با بیمه ایران و شرایط استفاده از آن"

حدود تعهدات :

بیمه گر متعهد است در ازای وظایف و تعهدات بیمه گزار مازاد هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای به شرح زیر جبران نماید.

ارقام بریال

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	واحد	توضیحات
۸/۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۵۰۰۰۰۰۰	نفر	بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)، آنزوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن، شیمی درمانی، MS
۸/۲	جبران هزینه شش عمل جراحی مهم (اصلی)	۱۰۰۰۰۰۰۰	"	شامل قلب- مغز و اعصاب(باستثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه، کبد، ریه و مغز استخوان تعهدات این بند با احتساب ۸/۱ میباشد.
۸/۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۰۰۰۰۰۰۰	"	تعهد بیمه گر برای هزینه های زایمان شامل فقط فرزند اول الی سوم بیمه شده میباشد.
۸/۴	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	۵۰۰۰۰۰۰	"	شامل: انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، رادیولوژی، ام آر آی، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، تست آلرژی، سنجش تراکم استخوان
۸/۵	هزینه پاراکلینیکی (۲)	۲۵۰۰۰۰۰	"	شامل تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، آنزوگرافی چشم، فیزیوتراپی، نوار قلب
۸/۶	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی و بدون بستری	۲۵۰۰۰۰۰	"	مانند شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم) آزمایش، رادیولوژی، اسپیرومتری، ادیومتری، اپتومتری، بیوپسی، کاردرمانی
۸/۷	هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم (برای هر چشم) بدون بستری	۲۵۰۰۰۰۰	"	چنانچه نقص بینایی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر (قبل از عمل) " چهار دیوپتر " یا بیشتر باشد.
۸/۸	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۳۰۰۰۰۰ ۶۰۰۰۰۰	"	و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می گردد. تعهدات این بند از محل تعهدات ۸/۱ میباشد.

نکات مهم :

- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت ۲ ماه بعد از ترخیص از بیمارستان و در مورد هزینه های پاراکلینیکی (سرپایی) حداکثر ۱ ماه می باشد.
 - مدارک لازم جهت تسویه هزینه های درمانی :
- ۱- اصل صورتحساب
 - ۲- کپی صفحه اول دفترچه بیمار
 - ۳- دستور پزشک
 - ۴- کپی نظر پزشک یا پزشکان در خصوص علت بیماری (برای هزینه های بیمارستان کپی تایید شده بیمارستان)