

## قابل توجه متقاضیان بیمه درمان تکمیلی

با سلام و احترام، از همکاران محترم درخواست می‌شود به منظور ثبت نام بیمه درمان تکمیلی، موارد زیر را با دقت مطالعه نموده و حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۶ نسبت به ثبت نام در سامانه اداری مالی دانشگاه شیراز، سوفاف، به نشانی <https://sufa.shirazu.ac.ir> اقدام نمایند. **این مهلت به هیچ عنوان قابل تمدید نبوده و مسؤولیت هرگونه تأخیر بر عهده شخص متقاضی و مسؤول امور اداری واحد مربوطه می‌باشد.**

از مسؤولان محترم امور اداری تقاضا می‌شود در خصوص اطلاع‌رسانی به همکاران زیرمجموعه خود، خصوصاً افرادی که دسترسی به رایانه یا سامانه مکاتبات اداری ندارند، همکاری مبذول فرمایند. یادآور می‌گردد مدت قرارداد از تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۱ تا ۱۴۰۳/۰۸/۳۰ و شرکت بیمه طرف قرارداد، بیمه البرز می‌باشد.

### شرایط عمومی:

الف) در بررسی اسناد هزینه‌های درمانی، موارد زیر در نظر گرفته می‌شود:

۱- تعرفه‌های مصوب نظام پزشکی و بیمه البرز.

۲- کسر فرانشیز ۱۰٪.

۳- سقف تعهدات.

۴- کسر سهم بیمه پایه.

۵- بازپرداخت هزینه‌های درمانی بر اساس شیوه‌نامه پرداخت خسارت بیمه البرز، که متعاقباً اطلاع‌رسانی خواهد شد، انجام می‌شود.

۶- حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر ۳ ماه (در صورت خاتمه قرارداد، حداکثر ۱ ماه پس از پایان قرارداد) از تاریخ انجام هزینه در طول مدت اعتبار قرارداد بوده و قابل تمدید نمی‌باشد.

**تذکر مهم:** لازم است رسید اقساط درمان‌های طولانی مدت مانند ایمپلنت، ارتودنسی و ... به محض پرداخت به مرکز درمانی به بیمه البرز تحویل داده شود (در صورت جمع‌شدن و تحویل یک‌باره، مشمول مهلت ۳ ماهه شده و قابل پرداخت نخواهد بود).

۷- در بررسی اسناد پزشکی مشمول تعهدات قرارداد، در صورتی که نیاز به تأیید پزشک معتمد بیمه (به دلیل نقص مدارک یا ...) باشد و بیمار برای معاینه دعوت گردد، لازم است بیمه‌شدگان همکاری لازم را داشته باشند.

**تبصره ۱:** هزینه دندانپزشکی با عکس قبل و بعد از خدمات و فقط شامل: ترمیم، بروساژ، عصب‌کشی، کشیدن، جرم‌گیری، ایمپلنت، روکش، ارتودنسی (صرفاً مواردی که نصب براکت در قرارداد بیمه البرز انجام شده باشد)، جراحی لثه، کف‌بندی، افزایش طول تاج دندان و دندان مصنوعی (با شرایط مندرج در شیوه‌نامه پرداخت خسارت که متعاقباً اطلاع‌رسانی خواهد شد) می‌باشد. خدمات دندانپزشکی مذکور در صورتی که بنا به تشخیص پزشک معتمد بیمه جنبه زیبایی داشته باشد، قابل پرداخت نیست.

**تبصره ۲:** با توجه به رضایت همکاران گرامی و موافقت کارگروه بیمه، امکان بهره‌مندی از خدمات دندانپزشکی به صورت تجمیعی (شناور) فقط در سطح ۳، تا سقف ۱۰۰٪ مجموع تعهدات خانوار، ادامه خواهد یافت. ضمناً در این سطح امکان پرداخت هزینه‌ها تا دوبرابر تعرفه مصوب، فقط برای خسارت‌هایی که در مراکز غیر طرف قرارداد انجام می‌شود و فاکتور هزینه‌کرد آن‌ها به صورت دستی تحویل دفتر بیمه مستقر در دانشگاه شده باشد، وجود خواهد داشت. برای آگاهی بیشتر به جدول پیوست اطلاعیه مراجعه فرمایید.

ب) با حمایت معاون محترم اداری و مالی و موافقت ریاست محترم دانشگاه شیراز، قسمتی از حق بیمه درمان تکمیلی کارکنان توسط دانشگاه و به شرح زیر پرداخت می‌شود:

۱- اعضای محترم هیأت علمی به ازای سرپرست، همسر و فرزندان تحت تکفل هر نفر ماهیانه ۱,۳۵۰,۰۰۰ ریال.

۲- یاوران محترم علمی به ازای سرپرست، همسر و فرزندان تحت تکفل هر نفر ماهیانه ۱,۵۵۰,۰۰۰ ریال.

۳- بازنشستگان محترم به ازای سرپرست و همسر هر نفر ماهیانه ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

۴- کارکنان محترم شرکتی به ازای سرپرست و همسر هر نفر ماهیانه ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

- ۵- کارکنان مجردی که پدر و مادر خود را تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار داده‌اند، از یارانه فوق‌الذکر برخوردار می‌شوند. (**پدر و مادر کارکنان متأهل و کارکنان بازنشسته مشمول این یارانه نمی‌شوند**).
- ۶- هر یک از اعضای تحت تکفل کارکنان شاغل و بازنشسته (اعم از هیأت علمی و کارمندان رسمی، پیمانی، قراردادی و شرکتی) که مبتلا به بیماری خاص (تالاسمی - هموفیلی - دیالیز - سرطان - EB - MS) می‌باشند از معافیت کامل در پرداخت حق بیمه درمان تکمیلی برخوردار هستند.
- ۷- اعضای محترم هیأت علمی در مرتبه استاد به همراه همسر، از معافیت کامل در پرداخت حق بیمه درمان تکمیلی برخوردار هستند.
- ۸- تمامی اعضای تحت تکفل خانواده ایثارگران از معافیت کامل در پرداخت حق بیمه درمان تکمیلی برخوردار هستند.

#### روش ثبت نام:

#### **نکته بسیار مهم: تأکید می‌شود برای ثبت نام از مرورگرهای Google Chrome یا Mozilla Firefox استفاده فرمایید.**

متقاضیان به دو گروه شامل گروه الف: "کارکنان رسمی - پیمانی - قراردادی-شرکتی" و گروه ب: "بازنشستگان" تقسیم می‌شوند.

#### متقاضیان گروه الف:

- ۱- بایستی با مراجعه به سامانه سوفنا نسبت به ثبت نام اینترنتی اقدام نمایند.
- ۲- تمامی کارکنان گروه الف در صورتی که در سال گذشته در سامانه سوفنا ثبت نام نموده و تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده‌اند، پوشش بیمه تکمیلی آنان در سال جاری تمدید شده است. این گروه از کارکنان در صورتیکه تمایل به اعمال تغییرات در تعداد نفرات و سطح درخواستی ندارند، فقط با مراجعه به سامانه سوفنا، نسبت به بازنگری و در صورت صحت نسبت به تأیید اطلاعات اقدام نمایند.
- ۳- در صورت انصراف با مراجعه به سوفنا، قسمت درخواست بیمه (سال ۱۴۰۲)، نام خود را حذف نمایند.
- ۴- در صورت تغییر در تعداد نفرات یا سطح درخواستی، بایستی با مراجعه به سوفنا نسبت به اعمال تغییرات مورد نظر اقدام نمایند.
- ۵- در صورتی که در سال گذشته جدیدالاستخدام بوده‌اند، همچنین فرزندان تازه متولد که در حین قرارداد سال قبل تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گرفته‌اند، و یا کارکنانی که در حین قرارداد سال قبل ازدواج نموده‌اند، بایستی پس از تکمیل اطلاعات در سوفنا، با راهنمایی مسؤول امور اداری واحد خود، ثبت نام نمایند.

**تذکر: امکان پوشش بیمه درمان تکمیلی برای فرزندان غیر تحت تکفل فراهم نمی‌باشد. اگر این گروه از فرزندان تا سال گذشته تحت پوشش بیمه تکمیلی بوده‌اند در سال جاری نام ایشان از فهرست بیمه درمان تکمیلی حذف شده است.**

#### متقاضیان گروه ب:

بازنشستگان محترم که در سال گذشته برگ ثبت نام را تکمیل و تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند و در سال جاری قرارداد آنان با توجه به سطح درخواستی سال گذشته و بر اساس نرخ جدید تمدید شده است، نیاز به تکمیل برگ جدید ندارند. این گروه از متقاضیان در صورت انصراف یا تغییر سطح و تعداد نفرات و یا اینکه به بیماری خاص (تالاسمی - هموفیلی - دیالیز - سرطان - EB - MS) مبتلا باشند، بایستی حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۶ با مراجعه حضوری به کانون بازنشستگان، نسبت به تکمیل برگ مربوطه اقدام نمایند.

**تبصره:** در صورتیکه در سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی نبوده‌اند، بایستی با مراجعه حضوری به کانون بازنشستگان نسبت به تکمیل فرم تقاضانامه اقدام نمایند.

#### **نکات بسیار مهم:**

- ۱- با توجه به اینکه اداره رفاه و بیمه از پاسخگویی به مراجعات حضوری و تلفنی در خصوص بیمه تکمیلی معذور می‌باشد، همکاران محترم در صورت نیاز به هرگونه راهنمایی، به مسؤول محترم امور اداری واحد خود مراجعه نمایند. ضمناً از مسؤولین امور اداری واحدها درخواست می‌شود از دریافت و ارسال فرم تقاضانامه کارکنان شرکتی جداً خودداری نمایند.
- ۲- با توجه به اینکه همکاران شرکتی نیز مانند سایر کارکنان رسمی و پیمانی و قراردادی بایستی از طریق سامانه سوفنا برای درج یا اصلاح تقاضای خود اقدام نمایند، برگ‌های کاغذی به هیچ عنوان ملاک عمل نبوده و عواقب ارسال برگ درخواست کاغذی به عهده شخص کارمند می‌باشد.

- ۳- کارکنان محترم شرکتی و حجمی در صورت وجود هر گونه تناقض یا اشتباه در اطلاعات مندرج در سوفا (مربوط به خود یا اعضای خانواده) به مدیریت امور عمومی مراجعه نمایند.
- ۴- بازنشستگان ارجمند در صورت وجود هر گونه سؤال یا ابهام به کانون بازنشستگان مراجعه فرمایند.

### شرایط قرارداد:

- ۱- افراد تحت تکفل شامل: همسر، فرزندان (پدر و مادر به صورت غیر تحت تکفل)
- ۲- فرزندان دختر تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار (در غیر اینصورت در زمان اعلام خسارت شرکت بیمه هیچ گونه تعهدی نخواهد داشت. در صورت نیاز رونوشت صفحه اول و دوم شناسنامه فرزند دختر مورد نیاز است).
- ۳- فرزندان پسر حداکثر تا سن ۱۸ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل (دانش آموزان) با ارائه گواهی تمام وقت حداکثر تا سن ۲۰ سال و در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تا سن ۲۵ سال (در صورت نیاز با ارائه کپی شناسنامه).
- نکته بسیار مهم: تأکید می‌گردد قبل از پایان مهلت ثبت نام بیمه تکمیلی، همکاران گرامی نسبت به کنترل شرایط تکفل فرزندان خود اقدام و در صورت نیاز، با مراجعه به اداره کارگزینی نسبت به اعمال اصلاحات لازم و پی‌گیری آن تا حصول اطمینان مبادرت نمایند. در غیر اینصورت سامانه سوفا به صورت خودکار فرزندان غیر تحت تکفل را از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌نماید و مسؤولیت آن بر عهده شخص متقاضی است.**
- ۴- همکاران متقاضی و افراد تحت تکفل آنان بایستی تحت پوشش بیمه‌گر اول (بیمه خدمات درمانی و یا تأمین اجتماعی) و ... باشند.
- ۵- درخواست پوشش بیمه فرزندان تازه متولد و همسران تازه عقد شده **حداکثر تا یک‌ماه بعد از تولد یا عقد** امکان‌پذیر می‌باشد.
- ۶- در صورتی که همکاران محترم افراد غیر تحت تکفل را بیمه نمایند و حین قرارداد شرکت بیمه متوجه موضوع فوق گردد، حق بیمه تا پایان قرارداد از بیمه شده کسر و خسارت پرداخت نمی‌شود و مسؤولیت آن به عهده سرپرست می‌باشد.

### جدول تعهدات

ردیف	شرح تعهدات هر نفر	سطح یک	سطح دو	سطح سه
۱	جبران هزینه‌های بستری و جراحی عمومی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدوده، پروتز در حین جراحی، جراحی فک و صورت و بینی، (به جز مواردی که به عنوان عمل جراحی زیبایی باشد)، انواع پولیپ، تعویض مفصل، جبران هزینه‌های بستری فاز حاد هزینه‌های روانی نظیر افسردگی و سایکوزی درمان بیماری روانپریشی، اعصاب و روان (بدون قید و شرط)، هزینه بستری انواع بیماری (از جمله رماتیسم، نورپاتی، پارکینسون، پسوریازیس، کتونومتی، سوختگی، ایدز، بیماری های خودایمنی، هموفیلی، تالاسمی ماژور، هزینه‌های ضعف عصب و عضله و استرابیسم (بدون در نظر گرفتن شرایط سنی)) و دیالیز مزمن، ید درمانی و ید تراپی، درمان طبی بیماری کرونا، تزریق اوستین، هزینه جراحی کاشت حلزون، قطعات و پردازشگر کاشت حلزون گوش در حین جراحی، جبران هزینه لیگاتور در حین جراحی _ آمبولانس داخل شهری (به شرط بستری شدن) ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال _ آمبولانس بین شهری (به شرط بستری شدن) ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه‌های شیمی درمانی (داروی خوراکی و تزریقی بستری و سرپایی)، جبران هزینه داروهای بیماری خاص و صعب‌العلاج، داروی بیماری ام اس، داروهای کولیت معده و روده، جبران هزینه‌های بیماری خاص و صعب‌العلاج، تزریق سلول‌های بنیادی در بیماران خاص، رادیوتراپی، گامانایف، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، و اعصاب مرکزی و نخاع و تنگی کانال نخاعی، دیسک و ستون فقرات، جراحی مهره کمر، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، کار گذاری شنت مغز، هماتوم مغزی، تومور مغزی و هیپوفیز، لامینکتومی، جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (با احتساب بند یک)	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰

ردیف	شرح تعهدات هر نفر	سطح یک	سطح دو	سطح سه
	<p><b>کلیه هزینه‌های پاراکلینیکی از قبیل:</b></p> <p><b>گروه پاراکلینیکی (۱):</b> شامل جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، انواع سونوگرافی (دو بعدی، سه بعدی، چهار بعدی)، سونوگرافی در مطب انجام شده توسط متخصص زنان و زایمان، سونوگرافی بیو فیزیکیال، سونو گرافی رشد جنین، سونوگرافی NT NB، سونوگرافی مالفورماسیون جنین، سونوگرافی کالر داپلر، آنومالی اسکن، انواع ماموگرافی و انواع اسکن، کتو اسکن، پت اسکن، فیبرو اسکن، اسکن کف پا، کامفراسکن، اسکن بیماری‌های مادرزادی، انواع ام آی آر، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری، آنژیو اسکن قلب، NFA تیروئید و سینه، پلتیسموگرافی، استوگرافی، اسکلت تراپی وریدهای عمقی، پلی سومونوگرافی (بررسی اختلالات خواب)، فتوگرافی</p> <p><b>گروه پاراکلینیکی (۲):</b> شامل جبران هزینه انواع آندوسکوپی (با یا بدون بیهوشی)، کلنوسکوپی، فندسکوپی، سیستوسکوپی، کولپوسکوپی، کاپیلاروسکوپی، رینوسکوپی، برونکوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل الکتروکاردیوگرافی، NST نوار قلب جنین بدون استرس و با استرس، انواع اکو، استرس اکو، تیلیت تست، تست تنفسی اوره، تست تنفسی دی اکسید کربن، خدمات تشخیصی، EECF، انواع اکو کاردیوگرافی، اعمال غیر تهاجمی فیزیولوژیک (قلب)، انواع هولترمانیتورینگ، هولتر فشار خون، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، (EMG NCV) خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی، (PFT) تنفسی شامل (اسپیرومتری و خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) (ساده و پیچیده)، سیستو متری و سیستو گرام، تست گوارشی، پالس اکسی متری، انواع تست‌های حساسیت، آژری و تنفسی، بادی باکس، تست پوستی توپرکولین یا تست پوستی مانتو و مانتومتری، ارگواسپیروستری، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی، (EEG) الکتروانسفالوگرافی، نقشه مغزی و توپوگرافی مغز، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، معاینه چشم، تست اشکی، کورویس و فشار چشم، شنوایی سنجی و انواع ادیومتری</p> <p><b>پاراکلینیکی گروه (۳):</b> جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپایی شامل شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایو تراپی، اکسیژن لیپوم، انواع بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، برداشتن زگیل، میخچه، انواع دبریدمان، آنتروپيون، جبران هزینه‌های انواع تزریقات (سرم تراپی، تزریق خون، انواع تزریق وریدی، عضلانی، تزریق داخل مفصل و ضایعه)، سونداژ، تزریق واکسن (با رعایت دستورالعمل)، پانسمان و شست وشوی زخم، هزینه اکسیژن تراپی و کپسول اکسیژن و چادر اکسیژن، فصد خون، درمان خون ریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبنه دهان، پونکسیون مایع نخاع و کمر، تست تشخیص سرطان، شست وشوی گوش، پاپ اسمیر، جبران هزینه‌های خارج کردن جسم خارجی، گزیدگی، پانسمان سوختگی، کشیدن ناخن، کشیدن بخیه، برداشتن یا دو نیم کردن گچ، آتل گذاری، شالازیون، خارج کردن پین و پیچ به هر روش، ناخنک چشم، پونکسیون مایه مغزی نخاعی، جراحی برداشتن ضایع با کوتر و الکترو کوتر (در موارد غیر زیبایی)، پی آرپی (PRP)، رادیوفرکوانسی واژن (RF) (در موارد غیر زیبایی و به تجویز متخصص مربوطه و تایید پزشک معتمد بیمه گر)، تزریق داروی BCG</p> <p><b>پاراکلینیکی گروه (۴):</b> همچنین جبران هزینه‌های انواع خدمات آزمایش‌های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، آزمایش‌های هسته‌ای، شیمی بالینی و اختصاصی، هورمون شناسی، تومور مارکرها، خون شناسی، سروولوژی و ایمونولوژی، میکروب شناسی، ژنتیک مولکولی، آزمایش کوید ۱۹، تست‌های آلرژیک و حساسیت، تست تشخیص سرطان، تست بارداری، تست تعادل و سرگیجه، تست اعصاب و روان (باتوجه به شیوه‌نامه پرداخت)، بیوفیدبک، نروفیدبک.</p> <p><b>پاراکلینیکی گروه (۵):</b> فیزیوتراپی، شامل: توان بخشی، مگنت تراپی، تمرین درمانی، ورزش درمانی، منوال تراپی و ماساژ درمانی، طب فیزیکی، آب‌درمانی، ترکشن مکانیکال، تکار تراپی، شاک ویو تراپی، فیزیوتراپی گلوبال، مگنت تراپی، سوزن خشک، لیزر کم توان و پرتوان، TDCS، CPM، لیزر تراپی، کایروپراکتیک، حرکات اصلاحی، پروپوتراپی زانو، ازون تراپی، رادیوفرکوانسی، ارتو کین تراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی، رفتاردرمانی، طب سوزنی و اکتر و اکو پانکچر.</p>	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰

ردیف	شرح تعهدات هر نفر	سطح یک	سطح دو	سطح سه
۵	<p>– جبران هزینه‌های ویزیت شامل پزشک عمومی، متخصص، فلوشیپ، فوق تخصص، روان پزشک، پزشک متخصص اطفال.</p> <p>– جبران هزینه‌های ویزیت کارشناس و کارشناس ارشد پروانه‌دار، ماما، روانشناس (در صورت ارجاع توسط متخصص یا روانپزشک).</p> <p>– جبران هزینه‌های مشاوره بیماری‌های اعصاب و روان، روان درمانی و روانپزشکی (بجز تغذیه، تحصیلی، قبل از ازدواج، آمیزشی زوج درمانی و موارد دیگری که جنبه درمانی ندارد).</p> <p>– جبران هزینه‌های داروهای ایرانی و خارجی، کلیه داروهای آزاد، فارماکوپه و غیر فارماکوپه، داروی بیماران خاص، داروهای مکمل، ویتامین (مشروط به اینکه جنبه درمانی داشته باشد)، انسولین، ویکتوزا، تادالافیل و سیلدنافیل (به تجویز پزشک متخصص).</p> <p>– خدمات اورژانس در مواقع غیر بستری.</p>	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	<p>– هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم (برای هر چشم نصف سقف تعهدات قابل احتساب می‌باشد)، در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.</p> <p>– کارگذاری رینگ قرنیه</p> <p>– کارگذاری لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان</p>	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	<p>– جبران هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری (هزینه تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط با <b>GIFT, ZIFT, IUI, میکرواینجکشن و IVF</b></p> <p>– جبران هزینه‌های تشخیص و ناهنجاری‌های جنین و سوء تولد و تست‌های <b>Marker (marker double quadruple)</b> و غربال‌گری، آمینو سنتز جنین و آلفا فیبرو پروتئین</p>	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	<p>جبران هزینه‌های عینک و لنز (سخت و نرم)</p> <p><b>تذکره ۱:</b> بیمار به‌همراه مدارک و عینک خریداری شده بایستی به پزشک معتمد بیمه مراجعه نماید.</p> <p><b>تذکره ۲:</b> ارائه فاکتور عینک در سال فقط یکبار در طول مدت قرارداد امکان پذیر است.</p>	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	<p>– جبران هزینه‌های سمعک (معمولی، دیجیتال، هوشمند) برای هر دو گوش با تشخیص پزشک متخصص معالج (برای هر گوش نصف تعهدات قابل پرداخت می‌باشد)</p> <p>– تعویض پردازشگر صدا</p> <p>– تنظیم مجدد پردازشگر کاشت حلزون</p> <p>– سایر تجهیزات جانبی مرتبط با حلزون گوش</p>	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	<p>جبران هزینه‌های مربوط به دندانپزشکی <b>با توجه به تبصره‌های بند الف</b>، هزینه‌های دندانپزشکی شامل جرمگیری و بروساز، ترمیم و پر کردن، عصب کشی، روکش، کشیدن، جراحی نسج نرم و سخت، ایمپلنت، دندان مصنوعی، ارتودنسی (بدون محدودیت سنی)، جراحی لثه، کف‌بندی، افزایش طول تاج دندان و پیوند استخوان فک (به استثناء اعمال زیبایی)</p> <p>(در موارد مطابق با شرایط و آیین نامه و ارائه مستندات برای تأیید بیمه‌گر، بیهوشی حین دندانپزشکی، پوشش دارد)</p> <p><b>تذکره ۱:</b> در طرح ۳ استفاده از سقف افراد خانواده، برای سایر اعضای خانواده بدون سقف امکان پذیر خواهد بود.</p> <p><b>تذکره ۲:</b> در طرح ۳ پرداخت خسارت تا سقف دو برابر تعرفه مصوب امکان پذیر خواهد بود.</p>	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
	حق بیمه:	۲,۶۵۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰

**تبصره:** بیمه‌شده می‌بایست در صورت بستری در مراکز طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد و یا بیمارستان‌های خارج از کشور مراتب بستری خود را سریعاً به اطلاع بیمه‌گر برساند.

#### ۷- استثنائات:

موارد زیر خارج از تعهدات می‌باشد:

– اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌گیرد، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث بیمه شده در طی مدت بیمه باشد.

- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته و معالجه آن ضروری باشد.
- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ترک اعتیاد.
- خودکشی، جنون، قتل و جنایت.
- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان
- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
- فعل و انفعالات هسته‌ای.
- هزینه اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی.
- عقیم‌سازی مگر اینکه جنبه درمانی داشته باشد.
- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نشده باشد.
- فهرست اعمال غیر مجاز در مطب که در شیوه نامه پرداخت خسارت که متعاقباً اطلاع‌رسانی خواهد شد، درج گردیده است.

۸- حق بیمه‌ی بیمه‌شدگانی که به هر دلیل اعلام انصراف نمایند، به هیچ عنوان قابل برگشت نمی‌باشد و حق بیمه تا پایان قرارداد از حقوق فرد بیمه شده کسر خواهد گردید (بیمه‌شدگانی که در حین قرارداد قطع حقوق می‌شوند باید تا پایان قرارداد حق بیمه را پرداخت نمایند و امکان حذف آنان در حین قرارداد وجود ندارد).

۹- هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی خارج از کشور بیمه‌شدگان، حداکثر بر اساس تعرفه مورد عمل بیمارستان‌های درجه یک طرف قرارداد با بیمه البرز معادل هم ارز ریالی صورتحساب در زمان بستری (تاریخ صورتحساب) طبق مفاد قرارداد پس از اخذ سهم بیمه‌گر اول قابل پرداخت است (منوط به آنکه قبل از اعزام به خارج از کشور مراتب به اطلاع بیمه‌گر رسانیده شود و مدارک پزشکی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه ایران رسیده باشد).

۱۰- همکاری که در طول مدت قرارداد تحت هر عنوان حقوق آنها (حتی برای یک‌ماه) قطع گردد بایستی سریعاً اداره رفاه و بیمه را مطلع نمایند، در غیر این صورت مسؤلیت حذف نام ایشان از لیست بیمه درمان تکمیلی و یا ادامه پوشش بیمه آنها و بدهی حق بیمه به عهده خودشان می‌باشد.

۱۱- همکاری که قصد بستری در بیمارستان دارند بایستی قبل از بستری یا در حین بستری برای دریافت معرفی‌نامه به بیمارستان اقدام نمایند. در غیر اینصورت به دلیل نیاز به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برای هزینه‌های بیمارستانی، پرداخت خسارت بین ۲ تا ۳ ماه به طول می‌انجامد (با توجه به اینکه برخی از اعمال مانند لیزیک چشم - عمل پولیپ بینی و غیره تأیید پزشک معتمد و تهیه اسناد و مدارک قبل عمل مورد نیاز می‌باشد، توصیه می‌شود قبل از انجام هر عملی با پزشک بیمه مشورت شود).

## مدیریت امور اداری

### اداره رفاه