**دانشگاه ایلام- فرم استعلام بیمه درمان**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام تعهد** | **توضیحات** | **طرح( الف)** | **طرح (ب)** | **فرانشیز (درصد)** | **کنترل فرانشیز** | **فرانشیز افراد** |
| 1 | هزینه های بیمارستانی | جبران هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمان ، رادیوتراپی ، آنژیوگرافی قلب ، گامایانف ، عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و datcare | 000/000/100 | 000/000/100 | 10 |  | تحت تکفل : |
| 2 | جراحی های مهم | تعهدات برای اعمال جراحی مربوط به سرطان مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ( به استثناء دیسک ستون فقرات ) ،قلب ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان  | 000/000/150 | 000/000/150 | 10 |  | تحت تکفل : |
| 3 | هزینه آمبولانس | جبران هزینه های آمبولانس ( داخل شهری و بین شهری ) | 000/000/20 | 000/000/20 |  |  | تحت تکفل : |
| 4 | هزینه زایمان | هزینه زایمان طبیعی و سزارین  | 000/000/30 | 000/000/30 | 10 |  | تحت تکفل : |
| 5 | هزینه های نازایی | شامل IUI-ITSC-ZIFT-GIFT- میکرو اینجکشن و IVF | 000/000/10 | 000/000/10 | 10 |  | تحت تکفل : |
| 7 | پاراکلینیکی 1 | پاراکلینیکی شامل : سونوگرافی ماموگرافی ـ انواع اسکن ـ انواع آندوسکوپی ـ ام آر ای ـ اکوکاردیوگرافی ـ استرس اکو ـ دانسیتومتری ـ کاردرمانی  | 000/000/20 | 000/000/20 | 10 |  | تحت تکفل: |
| 8 | پاراکلینیکی 2 | هزینه های مربوط به تست ورزش ، تست آلرژی ، تست تنفسی (اسپیرومتری ـ PFT ) ، نوار عضله (EMG) ، نوار عصب ( NCV) ، نوار مغز (EEG) ، نوارمثانه ـ ( سیستومتری یا سیستوگرام ) ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، آنژو گرافی چشم و هولترمانیتورینگ قلب ) .  | 000/000/10 | 000/000/10 | 10 |  | تحت تکفل : |
| 9 | جراحی­های مجازسرپایی | جراحیهای مجاز سرپایی شامل : شکستگی و در رفتگی ـ گچ گیری ـ ختنه ـ بخیه ـ کرایوتراپی ـ اکسیزیون لیپوم ـ تخلیه کیست و لیزر درمانی ( به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم ) . | 000/000/10 | 000/000/10 | 10 |  | تحت تکفل :  |
| 10 | عیوب انکساری چشم | هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم  | 000/000/20 | 000/000/20 | 10 |  | تحت تکفل : |
| 11 | خدمات اورژانس و ویزیت | جبران هزینه ویزیت و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری | 000/000/5 | 000/000/5 | 10 |  | تحت تکفل :  |

**دانشگاه ایلام- فرم استعلام بیمه درمان**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام تعهد | توضیحات | طرح ( الف ) | **طرح (ب)** | فرانشیز(درصد ) | کنترل فرانشیز | فرانشیز افراد |
| 12 | خدمات آزمایشگاهی | انواع آزمایشات تشخیص طبی ـ فیزیوتراپی ـ انواع رادیو گرافی ـ پاتولوژی یا آسیب شناسی ژنتیک پزشکی و نوار قلب  | 000/000/20 | 000/000/20 | 10 |  | تحت تکفل :  |
| 13 | دارو | جبران هزینه دارو  | 000/000/5 | 000/000/5 | 10 |  | تحت تکفل : |
| 14 | عینک | جبران هزینه عینک شامل عینک طبی و لنز تماس طبی | 000/000/2 | 000/000/2 | 10 |  | تحت تکفل : |
| 15 | سمعک | جبران هزینه سمعک | 000/000/3 | 000/000/3 | 10 |  | تحت تکفل :  |
| 16 | دندانپزشکی | جبران هزینه های دندانپزشکی ( ترمیم ، عصب کشی ، روکش ، ایمپلنت ... ) | 000/000/15 | ـــ | 10 |  | تحت تکفل : |
| **توضیحات :**1ـ دریافت لیست بیمه شدگان با شماره حساب آنها و واریز به حساب بانکی بیمه شده اصلی توسط بیمه گر .2 ـ حضور نماینده شرکت در دانشگاه جهت تحویل فاکتور و پرداخت هزینه ها (1 جلسه در هفته )3 ـ تجمیع قرارداد ( بیمه حوادث ، اتومبیل ، دانشجویی ، آزمایشگاه و ... ) در صورت رضایت پرسنل امکان پذیر است ( در تفاهم نامه مورد بحث است ) .4 ـ ارزش افزوده به عهده بیمه گر می باشد .5-حذف شرایط سنی . مبلغ سرانه حق بیمه هرنفر با شرایط فوق اعلام گردد .7 ـ درصورتی که تعهدات متفاوت از جدول فوق ( بیشتر یا کمتر ) بیمه پیشنهاد می دهد سرانه هر نفر اعلام گردد .8-هر گونه خدماتی وقیمت از سوی بیمه پیشنهاد می گردد ارائه شود.9-لیست پرداخت هزینه هابصورت مشخص(جدول پرداخت:فرانشیز/سقف/نوع هزینه) ارائه شود  |

 تعیین نرخ از سوی آن بیمه گر محترم : .......................................................