



« ۲۲ تیر، زادروز محمدبن موسی خوارزمی، روز فناوری اطلاعات »

تاریخ: ۱۴۰۳/۰۲/۱۹

اطلاعیه شماره ۱ سازمان نظام صنفی رایانه‌ای استان تهران در خصوص بیمه تکمیلی درمان

سازمان نظام صنفی رایانه‌ای استان تهران پس از بررسی‌های به عمل آمده به منظور تهیه بهترین نرخ و شرایط بیمه تکمیلی درمان گروهی برای اعضای محترم سازمان، قراردادی با شرکت بیمه ما در بازه زمانی ساعت صفر مورخه ۱۴۰۳/۰۲/۲۵ لغایت ساعت ۲۴ مورخه ۱۴۰۴/۰۲/۲۴ منعقد کرده است. انجام مراحل اجرایی ثبت نام مطابق سنوات گذشته با همکاری اعضای محترم، دبیرخانه سازمان نظام صنفی رایانه‌ای استان تهران و بیمه ما (نمایندگی ۲۳۲۳) انجام خواهد شد.

شرایط ثبت نام:

- ✚ شرکت متقاضی باید دارای شناسه ملی، کد اقتصادی و عضویت معتبر در سازمان نظام صنفی رایانه‌ای استان تهران باشد.
- ✚ پرسنل متقاضی (افراد سرپرست) حتماً باید در لیست بیمه تامین اجتماعی (آخرین لیست ارائه شده) شرکت باشند.
- ✚ کلیه متقاضیان اعم از اصلی و فرعی بایستی دارای بیمه پایه باشند.
- ✚ برای شرکتها با تعداد متقاضی کمتر از ۱۰ نفر، ثبت نام کلیه پرسنل مطابق با آخرین لیست بیمه تامین اجتماعی به همراه تکمیل پرسشنامه سلامت برای تمامی متقاضیان ضروری میباشد.
- ✚ به منظور انجام هماهنگی‌های لازم، معرفی یک نفر به عنوان نماینده و رابط هر شرکت به بیمه ما ضروریست.
- ✚ شرایط پرداخت حق بیمه به صورت یکجا به صورت حواله در ابتدای قرارداد یا سه قسط مساوی به تاریخ‌های ۱۴۰۳/۴/۱، ۱۴۰۳/۸/۱ و ۱۴۰۳/۱۲/۱ فقط به صورت چک صیادی به همراه تاییدیه میباشد. که اعضای محترم میبایست نحوه پرداخت مورد نظر خود (پرداخت یکجا یا اقساطی) را در نامه درخواست ثبت نام اعلام نمایند.

نحوه ثبت نام:

- ✚ اعضای محترم باید اسکن (عکس مورد قبول نمیشود) مدارک زیر را صرفاً در یک مرحله و فقط به صورت ایمیل به نشانی ایمیل: bimehma.nasr@gmail.com ارسال فرمایند.
- ۱. نامه درخواست ثبت نام در سربرگ شرکت با مهر و امضاء مجاز، همراه با ذکر طرح انتخابی، نحوه پرداخت حق بیمه و ارائه اطلاعات تماس فرد رابط
- ۲. چاپ و مهر و امضای کلیه صفحات این اطلاعیه به معنی آگاهی و قبول کلیه شرایط اعلام شده
- ۳. برگ عضویت معتبر سازمان نظام صنفی رایانه‌ای استان تهران
- ۴. لیست چاپ و تایید شده بیمه تامین اجتماعی اسفند ۱۴۰۲ یا فروردین ۱۴۰۳ ممه‌ور به مهر شرکت
- ۵. لیست چاپ شده متقاضیان ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی ممه‌ور به مهر شرکت
- ۶. فایل اکسل متقاضیان ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی (دقیقاً مطابق فرمت ارسال)

« نسخه کاغذی بدون مهر برجسته، فاقد اعتبار است. »

« ۲۲ تیر، زادروز محمد بن موسی خوارزمی، روز فناوری اطلاعات »



اصل مدارک فوق میبایست پس از بررسی اولیه و اعلام شرکت بیمه همراه با چک اقساط حق بیمه برای نماینده بیمه ارسال گردد.

تذکره ۱: مهلت ارسال نامه و مستندات جهت ثبت نام حداکثر تاریخ ۱۴۰۳/۳/۱۵ میباشد. همچنین با توجه به اینکه پس از ثبت اسامی امکان تغییر وجود ندارد، تضمین صحت اطلاعات ارسالی بر عهده اعضا بوده و تبعات ناشی از ارسال اطلاعات ناقص، نادرست یا خارج از فرمت بر عهده شرکت بیمه نخواهد بود.

نحوه پرداخت حق بیمه تکمیلی درمان:

○ پس از دریافت درخواست ثبت نام اعضا و کنترل مستندات و احراز عضویت در سازمان، ثبت نام متقاضیان در لیست بیمه درمان توسط بیمه گر انجام شده و ظرف مدت یک هفته صورت حساب (اعلامیه بدهکار) ارسال میگردد.

○ صورتحساب (اعلامیه بدهکار) ارسالی که متناسب با نحوه پرداخت درخواست شده از سوی اعضا تنظیم شده است، میبایست طی یک حواله بانکی در وجه حساب شماره ۳۵۰۰۰۰۱۰۵۱ بانک ملت بنام شرکت بیمه ما (در صورت پرداخت یکجا) یا طی ۳ فقره چک صیادی به انضمام برگ تاییدیه ثبت در سامانه صیاد (در صورت پرداخت اقساطی) پرداخت گردد.

توجه: در صورت پرداخت به صورت حواله، ارائه تصویر رسید حواله بانکی به نمایندگی ۲۳۲۳ بیمه ما الزامیست.

تذکره ۲: ارسال مدارک و مستندات اعلامی به معنی پذیرش کلیه شرایط قرارداد بوده و چنانکه پس از کنترل مستندات بیمه نامه صادر گردد، بیمه نامه غیر قابل فسخ بوده و پرداخت حق بیمه بر عهده متقاضی خواهد بود.

تذکره ۳: در صورت عدم پرداخت حق بیمه یا عدم تحویل و وصول چکها، ارائه خدمات توسط بیمه گر به آن شرکت متوقف خواهد شد.

نحوه دریافت خدمات:

نماینده بیمه ما روزهای یکشنبه هر هفته نسبت به جمع آوری مدارک خسارت شرکتها از محل دبیرخانه سازمان اقدام خواهد نمود. لذا شرکتها میتوانند مدارک خسارت خود را در پاکت یا بسته بندی با قید نام شرکت، روزهای یکشنبه تحویل دبیرخانه سازمان دهند.

همچنین اعضا محترم می توانند جهت تحویل مدارک خسارتی یا دریافت معرفی نامه درمانی به هر یک از شعب شرکت بیمه ما در سطح تهران به آدرسهای زیر مراجعه نمایند:

شعبه شمال تهران: میدان شیخ بهایی، میدان شهدای ده ونک پلاک ۱۵ تلفن: ۸۸۲۱۸۲۷۶

شعبه غرب تهران: فلکه دوم صادقیه، خ آیت الله کاشانی، نرسیده به پمپ بنزین، پلاک ۲۵ تلفن: ۴۴۹۶۱۱۷۳-۵

شعبه شرق تهران: تهرانپارس، اتوبان باقری شمال، ابتدای خ گلبرگ شرقی، پلاک ۱۹۲ تلفن: ۷۶۷۰۱۷۳۵

شعبه جنوب تهران: شهرری، ۲۴ متری رازی (بیات) پلاک ۸۴ تلفن: ۵۵۹۱۷۷۴۹

« نسخه کاغذی بدون مهر برجسته، فاقد اعتبار است. »



راهنمای استفاده از خدمات بیمه درمان تکمیلی بیمه ما جهت آگاهی و بهره برداری کلیه اعضا و بیمه شدگان به پیوست ارسال میگردد و ضروریست به هر نحو ممکن در دسترس کلیه بیمه شدگان قرار گیرد.

سایر موارد:

- ✚ پرداخت هزینه های درمانی بر اساس تعرفه مصوب وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۴۰۳ انجام خواهد شد. لذا هزینه های مازاد بر تعرفه مذکور در تعهد پرداخت بیمه درمان تکمیلی نمیباشد.
- ✚ جهت رفاه بیمه شدگان محترم، حق بیمه کلیه بیمه شدگان در هر رده سنی یکسان و مطابق جدول اعلام نرخ خواهد بود.
- ✚ میزان فرانشیز قرارداد برای بیمه شدگان اصلی و تبعی یکسان و مطابق جدول خواهد بود.
- ✚ برای بیمه شدگانی که دارای سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی نباشند، دوره انتظار پوشش زایمان ۹ ماه میباشد.
- ✚ شماره شبای اعلامی صرفاً میبایست به نام بیمه شده اصلی و در فرمت درخواست شده باشد و اعلام شماره کارت، شماره حساب یا شماره شبای مشترک یا شماره شبای شرکت مورد قبول نمیباشد.
- ✚ در طول مدت قرارداد تغییر طرح تحت هیچ عنوان امکان پذیر نخواهد بود.
- ✚ در طول مدت قرارداد صرفاً امکان ثبت نام این موارد با ارائه مستندات مربوطه وجود دارد:
 ۱. اعضای که از تاریخ عضویت آنها در سازمان بیش از ۱ ماه سپری نشده باشد.
 ۲. نوزاد یا همسرانی که از تاریخ تولد یا عقد آنها بیش از ۳ ماه سپری نشده باشد.
 ۳. افراد جدید الاستخدامی که از تاریخ استخدام آنها بیش از ۳ ماه سپری نشده باشد.
- ✚ به کلیه بیمه شدگان درمان ۶۵ درصد تخفیف جهت صدور بیمه آتش سوزی مسکونی ارائه میگردد.
- ✚ به کلیه بیمه گذاران (شرکتهای عضو) ۷۰ درصد تخفیف جهت صدور بیمه آتش سوزی اداری و انبار و همچنین ۴۰٪ تخفیف جهت صدور بیمه مسئولیت ارائه میگردد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با نمایندگی ۲۳۲۳ بیمه ما از طریق اطلاعات زیر تماس حاصل فرمایید.

شماره تلفن: ۰۲۲۸۴۱۳۸۴، ۷۷۶۵۹۳۰۷، ۷۷۶۵۸۲۰۵ و ۷۷۵۲۹۳۸۷ داخلی‌های ۱۰۳ و ۱۰۶

همراه: ۰۹۲۰۱۰۰۰۲۶۰

ایمیل: bimehma.nasr@gmail.com



جدول تعهدات بیمه تکمیلی درمان:

ردیف	شرح	گروه تعهدات	سقف تعهدات طرح اول (ریال)	سقف تعهدات طرح دوم (ریال)	فرانشیز
۱	هزینه‌های بستری، جراحی، DayCare، آنژیوگرافی و انواع سنگ شکن در بیمارستانها و مراکز جراحی محدود، و هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان	جراحی‌های عمومی و بستری	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۲	جبران هزینه‌های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	جراحی‌های تخصصی	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۳	جبران هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	زایمان	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۴	جبران هزینه‌های انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، MRI، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	پاراکلینیکی گروه ۱	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۵	جبران هزینه‌های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی (شامل اسپرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG) و خدمات تشخیصی یورو دینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	پاراکلینیکی گروه ۲			
۶	جبران هزینه‌های انواع خدمات آزمایش‌های تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی، ژنتیک پزشکی و تست‌های آلرژیک	آزمایش			
۷	جبران هزینه‌های تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرها‌های جنینی و آزمایش‌های ژنتیک جنین	غربالگری			
۸	جبران هزینه‌های فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST) و کاردرمانی (OT)	توانبخشی			
۹	جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی، دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	جراحی‌های مجاز سرپایی			
۱۰	جبران هزینه‌های دندانپزشکی و جراحی لثه (به استثناء کلیه اعمال زیبایی، ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی)	دندانپزشکی			
۱۱	جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	ویزیت، دارو و خدمات اورژانس	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۲	جبران هزینه‌های جراحی رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	رفع عیوب انکساری چشم	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۱۳	هزینه‌های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج	آمبولانس داخل شهر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۴	هزینه‌های آمبولانس خارج شهر (همانند توضیحات بند ۱۳)	آمبولانس خارج شهر	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
-	حق بیمه خالص هر نفر ماهانه (ریال)		۶,۸۵۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰	-