

به نام خدا

بیمه درمان تکمیلی

سازمان نظام پزشکی کلان شهر رشت



قرارداد های سال ۹۷-۱۳۹۷

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات سالانه برای هر نفر (ریال) پیشنهاد
۱	اعمال جراحی عمومی شامل: کلیه اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care. رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات، گامانایف، شیمی درمانی، بیماری های خاصی خاص و MS	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	تعهدات برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، (با احتساب بند ۱)	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	جبران هزینه های مربوط به نازایی و نابوری (هزینه های تشخیص، درمانی، دارویی)، جراحی ZIFT- GIFT و IVF-ITSC و میکرو انجکشن	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو و سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری)	۱۵/۰۰۰/۰۰۰
۶	جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری -PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتور قلب، نوار قلب	۸/۰۰۰/۰۰۰
۷	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب انکساری دید چشم)	۸/۰۰۰/۰۰۰
۸	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی، درمانی طبق دستور پزشک معالج	داخل شهر ۸۰۰/۰۰۰
		خارج از شهر ۱۳۰۰/۰۰۰
۹	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی	۳/۵۰۰/۰۰۰
۱۰	جبران هزینه های دندانپزشکی شامل: خدمات کشیدن، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش	۶/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های آزمایشگاهی (بغیر از چکاپ و غربالگری) شامل آزمایشهای تشخیصی، رادیوگرافی و فیزیوتراپی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی و نوار قلب	۷/۵۰۰/۰۰۰
۱۲	لیزیک چشم راست و چپ، هزینه رفع عیوب انکساری چشم (جمع قدرمطلق بینایی هر چشم ۳ دیوپتر با بیشتر برای هر چشم)	۱۵/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	بیمه عمر (فوت به هر علت) - سرمایه سالانه هر نفر	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۴	بیمه حادثه (فوت به علت حادثه) - سرمایه سالانه هر نفر (با در نظر گرفتن فوت به هر علت)	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
	حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۳۰ در حوزه درمان تکمیلی و (بند ۹ و ۱۰ با فرانشیز ۱۰٪) (ریال)	۱۳/۵۰۰/۰۰۰

راه های ارتباط با ما :

سازمان نظام پزشکی رشت تلفن ۰۹۱۲۸۱۴۷۰۹۵ موبایل ۰۹۱۲۸۱۴۷۰۹۵

جهت اطلاع از شرایط و تسهیلات جدید و دریافت اطلاعات بروز ما را در اینستاگرام دنبال کنید

 Bimeh ne zam pezeshki rasht

به نام خدا

بیمه درمان تکمیلی

سازمان نظام پزشکی کلان شهر رشت



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
کلان شهر رشت

رسید دریافت حق بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی کلانشهر رشت

مبلغ حق بیمه کل: به عدد به حروف

بدین وسیله گواهی می گردد مبلغ ریال به صورت چک قبض

دستگاه POS/ATM به شماره پیگیری مورخ / ۱۳۹۷/

بانک از دریافت گردید.

*اقساط باقیمانده به صورت چک های ذیل دریافت گردید:

(۱) چک شماره بانک مبلغ ریال مورخ

(۲) چک شماره بانک مبلغ ریال مورخ

(۳) چک شماره بانک مبلغ ریال مورخ

(۴) چک شماره بانک مبلغ ریال مورخ

مهر و امضاء بیمه شده

مهر و امضاء دریافت کننده اسناد

به نام خدا

بیمه درمان تکمیلی

سازمان نظام پزشکی کلان شهر رشت



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
کلان شهر رشت

قرارداد سال ۹۸-۱۳۹۷

فرم نام نویسی

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	کد ملی	تاریخ تولد	مبلغ حق بیمه سالانه	شماره تلفن همراه
۱			اصلی				۰۹
۲							۰۹
۳							۰۹
۴							۰۹
۵							۰۹
۶							۰۹
۷							۰۹
۸							۰۹
۹							۰۹
۱۰							۰۹
۱۱							۰۹
۱۲							۰۹
۱۳							۰۹
۱۴							۰۹
۱۵							۰۹
۱۶							۰۹
۱۷							۰۹
۱۸							۰۹
۱۹							۰۹
۲۰							۰۹
							جمع حق بیمه: