

اطلاعیه ویژه متقاضیان بیمه درمان تکمیلی

(بیمه البرز)

با توجه به پایان قرارداد بیمه درمان تکمیلی (۹۴/۸/۳۰) با بیمه البرز و شروع قرارداد جدید با بیمه مذکور از تاریخ ۹۴/۹/۱، از همکاران محترم در خواست می گردد. به منظور ثبت نام بیمه درمان تکمیلی موارد مشروحه ذیل را بادقت مطالعه نموده و حداکثر تا تاریخ ۹۴/۹/۲۰ نسبت به ثبت نام در سامانه اداری - مالی دانشگاه شیراز - سופا (<http://sufa.shirazu.ac.ir>) اقدام نمایند.

تذکرات:

- ۱- در بررسی اسناد هزینه‌های درمانی سه عامل شامل: ۱- تعرفه‌های مصوب نظام پزشکی و بیمه البرز (پیوست). ۲- کسر فرانشیز ۱۰٪. ۳- سقف تعهدات. در نظر گرفته می شود. (پرداخت هزینه دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول است ضمناً داروهای که در فهرست داروهای مجاز کشور نباشد و معادل داخلی ندارد غیر قابل پرداخت است).
- ۲- جبران هزینه دندانپزشکی شامل والدین اعم از تحت تکفل و غیر تحت تکفل نمی گردد و حق بیمه والدین در سطح یک مبلغ ۳۹۰/۰۰۰ ریال - سطح دو مبلغ ۵۴۰/۰۰۰ ریال - سطح سه مبلغ ۶۶۰/۰۰۰ ریال می باشد.
- ۳- هزینه دندانپزشکی فقط شامل کشیدن دندان، روکش، پروساز، جرم گیری، ترمیم پر کردن و درمان ریشه می باشد.
- ۴- در اجرای آیین نامه استخدامی اعضای هیات علمی و غیر علمی مصوب هیات امنا و با توجه به مصوبه ستاد بودجه دانشگاه شیراز، از تاریخ ۹۴/۹/۱ مبلغ ۲۲۵/۰۰۰ ریال از حق بیمه درمان تکمیلی کارکنان گروه الف (شامل سرپرست - همسر و فرزندان تحت تکفل) در هر سه سطح از طریق دانشگاه شیراز پرداخت می شود و مابقی از حقوق کارکنان کسر می شود. (مورد فوق شامل پدر - مادر و افراد غیر تحت تکفل همچنین کارکنان شرکتی نمی شود)
- ۵- باتوجه به اختلالاتی که ممکن است در روند ثبت نام در نرم افزارهای مختلف به وجود آید پیشنهاد می گردد همکاران نسبت به نصب نرم افزار google chrome اقدام و از طریق این نرم افزار نسبت به ورود به سופا و ثبت نام اقدام نمایند.

روش ثبت نام :

- ۱- کارکنان به دو گروه شامل گروه الف ((تمامی کارکنان رسمی - پیمانی - قراردادی)) و کارکنان گروه ب ((کارکنان شرکتی)) تقسیم می شوند.
- ۲- کارکنان گروه الف بایستی با مراجعه به سیستم سופا نسبت به ثبت نام اینترنتی اقدام نمایند.
- تبصره ۱: کارکنان گروه الف در صورتی که در سال گذشته در سیستم سופا ثبت نام نموده اند و در سال جاری تغییرات در تعداد نفقات و سطح در خواستی ندارند بیمه آنان از تاریخ ۹۴/۹/۱ برای یکسال - در همان سطح سال گذشته و با نرخ جدید - تمدید می شود و نیاز به مراجعه به سیستم سופا ندارند.
- تبصره ۲: کارکنان گروه الف در صورت انصراف باید با مراجعه حضوری به اداره رفاه - اتاق شماره ۹ فرم انصراف را تکمیل نمایند.
- تبصره ۳: کارکنان گروه الف در صورت تغییر در تعداد نفقات یا سطح در خواستی بایستی با مراجعه به سیستم سופا نسبت به تغییر در تعداد نفقات یا سطح اقدام نمایند.

تبصره ۴ : کارکنان گروه الف در صورتی که در سال گذشته جدیدالاستخدام بوده اند همچنین فرزندان تازه متولد که در حین قرارداد تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گرفته اند بایستی با مراجعه به سایت ثبت نام نمایند.

۳- کارکنان گروه ب بایستی نسبت به تکمیل فرم پیوست اقدام نمایند. (تمامی کارکنان شرکتی که در سال گذشته فرم ثبت نام تکمیل نموده اند در سال جاری قرارداد آنان با توجه به سطح در خواستی سال گذشته و بر اساس نرخ جدید تمدید شده است و نیاز به تکمیل فرم جدید ندارند این دسته از کارکنان در صورت انصراف و یا تغییر سطح و تعداد نفقات حداکثر تا تاریخ ۹۴/۹/۱۰ با مراجعه حضوری به اداره رفاه کارکنان در خواست خود را به این امور اعلام نمایند).

((توجه: چنانچه کارکنان گروه الف فرم تقاضا نامه گروه ب را تکمیل نمایند تقاضایشان ابطال و مسئولیت

آن به عهده فرد متقاضی می باشد.))

روش اجرای ثبت نام بیمه تکمیلی گروه الف (کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی) در سامانه اداری مالی - سوف

همکارانی که فقط متقاضی بیمه تکمیلی جهت خود می باشند ابتدا در سامانه اداری مالی (سופا) در قسمت امکانات رفاهی منوی در خواست بیمه کلیک نموده، در صفحه جدید در قسمت (پذیرش درخواست) کلیک و صفحه‌ای حاوی قرارداد بیمه درمان تکمیلی باز می گردد. پس از مطالعه شرایط در قسمت پایین صفحه ((موارد بالا را تایید)) نموده بر روی آیتم فرم تقاضا کلیک نموده صفحه ای با عنوان فرم تقاضای بیمه تکمیلی سال ۹۴ باز می شود. در صفحه جدید از محل منوی متقاضی بیمه یکی از سطوح بیمه درمان تکمیلی انتخاب نموده همچنین شماره شبای بانک ملت (فقط شماره شبای بانک ملت قابل پذیرش می باشد. این شماره جهت واریز خسارت بیمه است و مسئولیت آن بر عهده شخص می باشد و دانشگاه شیراز و شرکت بیمه هیچ گونه مسئولیتی در قبال آن ندارد این شماره ۲۴ رقمی است) تکمیل و در پایان با تایید قسمت ثبت تقاضا روند ثبت نام تکمیل می شود. (لطفا در صورت مغایرت شماره دفترچه بیمه نسبت به اصلاح آن اقدام کنید)

تبصره:

الف- **فرزندان شهدا** فقط بیمه تکمیلی **شهدا ۳** را انتخاب نمایند.

ب- جانبازان فقط **بیمه تکمیلی ۳** را انتخاب نمایند.

ج- سایر همکاران می توانند یکی از بیمه های تکمیلی ۱، ۲، ۳ و ۴ را انتخاب نمایند.

۱- همکارانی که متقاضی پوشش بیمه جهت خود و افراد تحت تکفل می باشند ابتدا در سامانه سופا در قسمت اطلاعات پرسنلی نسبت به تکمیل فرم پرسشنامه (همسر- فرزند یا سایر بستگان) اقدام نموده سپس همانند متقاضیانی که {فقط جهت خود} بیمه درخواست نموده اند عمل نموده با این تفاوت که در مرحله {تکمیل فرم تقاضانامه بیمه تکمیلی سال ۹۴} علاوه بر تکمیل اطلاعات شخص متقاضی نسبت به انتخاب افراد تحت تکفل و قید شماره دفترچه بیمه آنان اقدام و نهایتاً با تایید ثبت تقاضا روند ثبت نام تکمیل می گردد. ((تذکر مهم: زدن علامت **تیک** در مربع جلو افراد تحت تکفل جهت برقراری پوشش درمان تکمیلی الزامی است)).

شرایط کلی قرار داد :

۱- افراد تحت تکفل شامل: همسر، فرزندان.

۲- فرزندان دختر تا زمان ازدواج یا اشتغال به کار (در غیر اینصورت در زمان اعلام خسارت شرکت بیه هیچ گونه تعهدی نخواهد داشت).

۳- فرزندان پسر حداکثر تا سن ۱۸ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل 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

۴- همکاران متقاضی و افراد تحت تکفل آنان بایستی تحت پوشش بیمه اولیه (بیمه خدمات درمانی و یا تأمین اجتماعی) و باشند.

۵- در خواست پوشش بیمه فرزندان تازه متولد و همسران تازه عقد شده حداکثر تا یکماه بعد از تولد یا عقد امکان پذیر می باشد .

۶- حذف دوره انتظار .

تعهدات قرارداد:

شرح تعهدات هر نفر	سقف تعهدات سطح ۱	سقف تعهدات سطح ۲	سقف تعهدات سطح ۳
جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیو تراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و ...	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	بدون سقف
جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، قلب، کبد، ریه، کلیه و مغز اسخوان، با احتساب بند یک	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	بدون سقف
جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
هزینه های پاراکینکی شامل انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، آم آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای پاتولوژی، آسیب شناسی و ژنتیک شناسی، رادیولوژی، فیزیوتراپی، نوار قلب، گفتار درمانی (NST) نوار قلب جنین (، دانسیتومتری	۱۲/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	بدون سقف
هزینه تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینایی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی هر دو چشم سنجی،	۶/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
هزینه های جراحی های مجاز سرپایی شکستگی و در رفتگی ها، گچ گیری، و بار کردن گچ، ختنه، بخیه، کرایو تراپی، اکسیژنوم لیپوم، بیوپسی- تخلیه کیست و لیزر درمانی و کشیدن بخیه،	۶/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطبق نقص بینایی هر دو چشم (درجه نزدیک بینی و دور بینی، نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۵/۰۰۰/۰۰۰

داخل شهری ۸۰۰/۰۰۰ بین شهری ۱/۳۰۰/۰۰۰	داخل شهری ۸۰۰/۰۰۰ بین شهری ۱/۳۰۰/۰۰۰	داخل شهری ۸۰۰/۰۰۰ بین شهری ۱/۳۰۰/۰۰۰	هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک
۷/۵۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه‌های ویزیت و خدمات اورژانس در مواقع غیربستری
۷/۵۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه‌های دارو
۲/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه‌های عینک و لنز (سخت و نرم)
۳/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه‌های سمعک
۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۶/۰۰۰/۰۰۰	* جبران هزینه‌های مربوط به دندانپزشکی
۷۶۰/۰۰۰	۶۴۰/۰۰۰	۴۵۰/۰۰۰	حق بیمه : (نفر)

تبصره ۱: در بررسی اسناد هزینه‌های درمانی سه عامل شامل: ۱- تعرفه های مصوب نظام پزشکی و بیمه البرز (پیوست). ۲- کسر فرانشیز ۱۰٪.

۳- سقف تعهدات. در نظر گرفته می شود. (پرداخت هزینه دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول است

ضمناً داروهای که در فهرست داروهای مجاز کشور نباشد و معادل داخلی ندارد غیر قابل پرداخت است.)

* تبصره ۲: جبران هزینه دندانپزشکی شامل والدین اعم از تحت تکفل و غیر تحت تکفل نمی گردد و حق بیمه والدین در سطح یک مبلغ

۳۹۰/۰۰۰ ریال و در سطح دو مبلغ ۵۴۰/۰۰۰ ریال و سطح سه مبلغ ۶۶۰/۰۰۰ ریال می باشد.

* تبصره ۳: پرداخت هزینه عکس دندان از محل تعهدات دندانپزشکی می باشد.

* تبصره ۴: هزینه دندانپزشکی فقط شامل کشیدن دندان، روکش، بروساژ، جرم گیری، ترمیم پر کردن و درمان ریشه می باشد.

تبصره ۵: بیمه شده می بایست در صورت بستری در مراکز طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد و یا بیمارستان‌های خارج از کشور مراتب بستری خود را

سریعاً به اطلاع بیمه گر برساند. ضمناً حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی به بیمه گر ۴ ماه از تاریخ انجام هزینه در طول مدت اعتبار قرارداد

می باشد. (در صورت خاتمه قرارداد حداکثر ۱ ماه پس از پایان قرارداد)

۷- استثنائات: موارد زیر خارج از تعهدات می باشد:

- جراحی فک و لثه ، ایمپلنت ، دندان مصنوعی، کف بندی، افزایش طول تاج دندان ، ارتودنسی و ...

اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد، 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 بیمه گر 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.

- زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر.

- جراحی فک مگر آنکه به وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی .

- عقیم سازی مگر اینکه جنبه درمانی داشته باشد.

- کلیه هزینه های 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(پیوست)

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؛

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 اولیه 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- همکاریانی که در طول مدت قرارداد تحت هر عنوان حقوق آنها (حتی برای یکماه) قطع گردد بایستی سریعاً این امور را مطلع نمایند در غیر این صورت مسئولیت حذف نام ایشان از لیست بیمه درمان تکمیلی به عهده خودشان می‌باشد.

۱۱- همکاریانی که قصد بستری در بیمارستان دارد بایستی قبل از بستری یا در حین بستری نسبت به دریافت معرفی نامه جهت بیمارستان اقدام نمایند. در غیر اینصورت به دلیل نیاز به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر جهت هزینه های بیمارستانی پرداخت خسارت بین ۳۰ تا ۶۰ روز به طول می انجامد .

مدیریت امور اداری – اداره رفاه