

به اطلاع همکاران محترم شرکت مهندسی تاسیسات انرژی تامین می رساند;  
بر اساس تصمیمات اتخاذ شده، ۲ طرح از طرح های شرکت بیمه دانا بعنوان بیمه طرف قرارداد (جهت پوشش بیمه تکمیلی) انتخاب گردیده است که شرایط هر دو طرح به شرح ذیل ارسال می گردد.  
ضروری است همکاران محترم در اسرع وقت نسبت به انتخاب طرح مدنظر و اعلام از طریق سایت به آدرس [www.tamin-eng.ir](http://www.tamin-eng.ir) و منوی "فرم درخواست بیمه تکمیلی ۱۴۰۴" و یا اعلام به کارشناس بیمه تکمیلی آقای موسوی به شماره تماس ۰۲۱۸۸۹۹۶۷۱۱ داخلی ۲۰۸ اقدام نمایند.

**توجه:**

- ❖ حداکثر زمان اعلام طرح منتخب تا ۱۳ اسفند می باشد.
- ❖ عدم اعلام طرح بیمه به منزله انتخاب طرح شماره یک می باشد.
- ❖ در صورت عدم نیاز به استفاده از بیمه تکمیلی، همکاران می بایست انصراف خود را کتبا از طریق تکمیل فرم انصراف در سایت یا ارسال به فکس شرکت اعلام نمایند.

طرح شماره ۱ : حق بیمه طرح شماره یک به ازای هر نفر ماهانه مبلغ ۵۲۵۰۰۰۰ ریال (پانصد و بیست و پنج هزار تومان )

طرح شماره ۳ : حق بیمه طرح شماره دو به ازای هر نفر ماهانه مبلغ ۹۵۰۰۰۰۰ ریال (نهصد و پنجاه هزار تومان )



ماده (تعهدات بیمه گر

بیمه گر متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق جدول ذیل جبران نماید:

ردیف	تعهدات بیمه گر	سقف تعهد طرح (۱)	سقف تعهد طرح (۲)	قوانین
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای (پرداخت هزینه کورتاژ تخلیه ای و یا تشخیصی مشروط به تجویز پزشک معالج همراه با مجوز مراجع قانونی ذیصلاح قابل پرداخت می باشد)، تزریق ماده فارماکولوژیک داخل و پتره مانند (اوستین، لوستیس، ایلیا و سایر موارد مشابه)، هزینه بستری در بخش مراقبت های ویژه نظیر ICU, CCU, RF نقاط مختلف بدن و سوزن آن، ERCP به تنهایی و یا توأم با استنت گذاری، جراحی فک (مشروط به جراحی بعلت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش می باشد)، هزینه پروتز حین عمل جراحی دارو و تجهیزات مصرفی در حین عمل جراحی، بیماریهای نورویاتی، تزریق BCG، IVIG، آنژیوگرافی مغز، پیوند قرنیه چشم، بیماریهای نوروتومی هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال و یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	٪۹-
۲	جبران هزینه بستری جهت درمان بیماری روانپریشی با احتساب بند یک (هزینه نگهداری بیماران روانپریشی تحت پوشش نیست)	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	٪۹+
۳	جبران انواع هزینه های شیمی درمانی (بستری و سرپایی، هزینه های دارویی خوراکی بیماران سرطان)، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گاماتایف، پیوند (مانند، کلیه، کبد، ریه، مغز استخوان) و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز. انواع جراحی بیماریهای خاص، نادر و صعب العلاج.	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	٪۹+
۴	انواع هزینه های دارویی تزریقی و خوراکی مرتبط با بیماریهای خاص و نادر طبق پروتکل وزارت بهداشت اعم از MS، تالاسمی، سائور، هموفیلی، دیالیزی مزمن، پارکینسون، آلزایمر، انواع هماتیت، بیماریهای ضعف عصب و عضله (از جمله ALS، ALS، پلی میوزیت، دوشن و...)، بیماریهای خود ایمنی (از جمله آرتریت روماتوئید، لوپوس، همفیگوس و...)، بیماری پسروریازیس (طبق تعرفه وزارت بهداشت قابل پرداخت می باشد)، هزینه های دارویی خوراکی بیماران سرطان، هزینه های دارویی اعم از مصرفی و خوراکی و تزریقی بیماریهای خاص و صعب العلاج، هزینه های تزریق مرتبط با بیماری سرطان (در مطب یا بیمارستان) هزینه های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوطه و یا قیامده آن از محل سقف تعهدات پوشش های اصلی پرداخت می شود (با احتساب بند یک - بستری و جراحی عمومی)	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	٪۹-

۸۳۳۶ - صوبی سولیم - ۱۳۸۷/۱۰ - ۱۳۸۸/۱۰ - صوبی سولیم

۲



ردیف	تمهدهات بیمه گر	سقف تمهد طرح (۱)	سقف تمهد طرح (۳)	فراکشیهز
۵	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین .	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	%۶-
۶	جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI, Zift, Gift, میکرواینجکشن و Ivf	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	%۶+
۷	جبران هزینه تهیه اعشای طبیعی بدن	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	%۶-
۸	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری			
۹	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل: انواع آندوسکوپی، کولونوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECp، تیلت تست) خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT و آرگواسپیرومتری)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی پورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پناتاکم، توپوگرافی، پاکیمتری شنوایی، سنجی (انواع ادیومتری و تمپانومتری)، الکترو شوک درمانی یا ECT، کورتون تراپی، پرداخت هزینه ویلچر در طرح (۱) تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال، در طرح (۲) تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در طرح (۳) و (۴) ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	%۶+
۱۰	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک)، * تست قند مشروط به تایید پزشک معتمد بیمه گر می باشد			
۱۱	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل: تست های غربالگری جنین (مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین) تشخیص پیش از تولد بیماری های ژنتیک، تست غربالگری			
۱۲	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه پنجم شامل: فیزیوتراپی (PT) و انواع آن، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT)، بیوفیدبک، نوروفیدبک، کایروپراکتیک، لیزر فیزیوتراپی، مگنت تراپی، طب فیزیکی، شاک ویو تراپی Wave Shock			



ردیف	تعهدات بیمه گر	سقف تعهد طرح (۱)	سقف تعهد طرح (۳)	قرائشیز
۱۳	<p>جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی مانند شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژون لیپوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی نظیر ضایعات شبکیه یاگ لیزر و لیزر گلوکوم ، باز کردن گچ ، کشیدن بخیه ، بیوپسی سوزنی و سایر موارد مشابه که مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیرخانه شورا عالی بیمه سلامت با تایید پزشک معتمد بیمه گر ، تزریق داخل مفصل اعم از ژل و تزریق PRP و سایر موارد (چنانچه جنبه درمانی داشته باشد با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد) . ازون تراپی ، کشیدن ناخن ، خارج کردن جسم خارجی از بدن ، خارج کردن جسم خارجی از چشم و گوش ، برداشتن زگیل ، شالازیون و ناخنک چشم ، درمان خونریزی شامل سوزاندن و تامپونمان ، شکافتن آبسه دهان ، آتل گذاری ، اکسیژون جسم خارجی ، اکسیژون تومورهای خوش خیم ، اکسیژون و برداشتن میخچه ، شستشوی معده ، برداشتن خال (چنانچه جنبه درمانی داشته باشد با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد) ، آسپیراسیون مغز استخوان ، نمونه برداری از ارگانهای مختلف بدن به وسیله سوزن ( نظیر پروستات ، پستان و سایر موارد مشابه) تحت هدایت تصویربرداری ، نمونه برداری تحت سونوگرافی و سی تی اسکن ، کورتون تراپی جهت کلیه بیماری ها ، سوزن برآکی تراپی ، تزریق داخل ضایعه ، تحریکات الکتریکی مغز TDCS ، پونکسیون مایع نخاع کمری ، آمنیوسنتز FNA ، جبران هزینه کوتر ، رادیوفرکانسی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطلب پیوست ۱ می باشد)</p>	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪





ردیف	تعهدات بیمه گر	سقف تعهد (۱) طرح	سقف تعهد طرح (۳)	فرانشیز
۱۴	<p>جبران هزینه جراحی و فمتو لیزیک مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. تعهد فمتولیزیک با کد لیزیک کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.</p> <p>هزینه جراحی فوق بدون تایید پزشک معتمد قبل از عمل قابل پرداخت نمی باشد.</p>	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ برای هر چشم	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ برای هر چشم	%۱۰
۱۵	<p>جبران هزینه های ویزیت، دارو و خدمات اورژانس در موارد غیربستری مانند پالسمان و تعویض آن، انواع تزریقات، سرم تراپی، انواع ویزیت مطابق با آخرین تعرفه مصوب (پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص، کارشناسان تغذیه و مامایی، ویزیت ماما، مشاوره های پزشکی)، کلیه داروهای عمومی و تخصصی، ابراسی و خارجی (با تایید پزشک معتمد بیمه گر) داروهای گیاهی (با تجویز پزشک متخصص و با تایید پزشک معتمد بیمه گر)، داروهای هورمونی (با تایید پزشک معتمد بیمه گر)، داروهای پوستی (با تایید پزشک معتمد بیمه گر) غیر از موارد زیبایی و بهداشتی بر اساس فهرست دارویی مجاز کشور که به صورت مجاز و قانونی وارد کشور شده باشند صرفاً با کسر فرانشیز، قابل پرداخت است. جبران هزینه های خرید داروهای مکمل و تقویتی (با تجویز پزشک متخصص مربوطه و با تایید پزشک معتمد بیمه گر) در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد (با ارائه مستندات تشخیصی درمانی مربوطه با تایید پزشک معتمد بیمه گر) قابل پرداخت است. داروهای مرتبط با بیماری کرونا قابل پرداخت می باشد، داروهای ترکیبی (با تجویز پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر) قابل پرداخت می باشد. مشاوره (روانپزشک، متخصص اعصاب و روان) مشاوره روانشناس با تجویز متخصص روانپزشکی به علاوه هزینه تمام داروها (براساس فهرست داروهای مجاز کشور) پرداخت می گردد.</p>	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	%۱۰

ستاد مرکزی: خیابان گاندی جاده خیمه سبز، خیابان داد پلاک ۲ | کد پستی: ۱۵۱۷۸۹۳۷ | کد اقتصادی: ۴۱۱۱۲۵۵۱۵۹ | ارتباط با مشتری: ۰۲۱/۸۳۴۶۸ (۰۲۱)

*(Handwritten signatures and stamps)*



۱۶	جبران هزینه سرپایمی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه به انضمام ایمپلنت، دست دندان (دندان مصنوعی) (با تایید پزشک معتمد بیمه گر)، نیم ست مصنوعی (با تایید پزشک معتمد بیمه گر)، روکش (با تایید پزشک معتمد بیمه گر)، ترمیم، عصب کشی همچنین پرداخت هزینه ارتودنسی، جرمگیری و بروساز مشروط به تجویز پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر (هر یک از اعضای خانواده امکان استفاده از سقف یکدیگر را دارند - شناور)	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	%۱۰
۱۷	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	%۱۰
۱۸	جبران هزینه مربوط به سمعک (خرید - تعمیر)	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	%۱۰
۱۹	پوشش انواع ارتوز (بلافاصله بعد از عمل جراحی) به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مانند: گردبند طبی، کفش طبی، کفی طبی، جوراب واریس، مچ بند طبی، زانوبند طبی، کمربند طبی، آتل انگشت، واکر و عصای طبی (کلیه تمهیدات این بند با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	%۱۰
۲۰	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	داخل شهری
		۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	بین شهری

تبصره ۱) اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبتهای بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

تبصره ۲) هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که سالیانه توسط هیات وزیران ابلاغ می گردد. در غیر این صورت تعرفه سندیکای بیمه گران ملاک اقدام خواهد بود.

تبصره ۳) هزینه همراه بیمار زیر ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

تبصره ۴) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج قابل پرداخت می باشد.

ستاد مرکزی: خیابان گاندی جنوبی، پلاک ۱۵، پلاک ۲ | کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۹۷ | کد اقتصادی ۴۱۱۱۶۵۵۱۵۴ | ارتباط با مشتری: ۸۲۴۶۸ (۰۲۱)

۸۲۴۶۸ - ۰۲۱ - ۱۵۱۷۸۹۱۹۷ - ۴۱۱۱۶۵۵۱۵۴