

اطلاعیه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث سال ۱۴۰۳ - ۱۴۰۴

بدینوسیله به اطلاع تمامی اعضای محترم سازمان می‌رساند که ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث از ساعت ۱۴ لغایت ۱۷ روز دوشنبه به تاریخ ۱۴۰۳/۰۵/۰۱ لغایت ۱۴۰۳/۰۵/۲۵ (بجز ایام تعطیل رسمی) انجام خواهد گرفت. لذا علاقمندان میتوانند پس از مطالعه شرایط و جدول تعهدات پوشش بیمه ای و اطلاعات مندرج در فرم های پیوستی، پرینت تمام فرم های مربوطه را از سایت شرکت بیمه میهن به آدرس <https://mihaninsurance.com/fa> (خدمات مشتریان- درمان- فرم ثبت نام نظام مهندسی) دریافت و پس از تکمیل اطلاعات به همراه مدارک اشاره شده در پیوست فرم اطلاعیه را به نماینده بیمه مستقر در ساختمان مرکزی نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان شرقی واقع در تبریزبلوار استاد شهریار - طبقه دوم-ورودی سالن تحویل فرمایند.

بدیهی است بعلت ضیق وقت مهلت مذکور تمدید نخواهد شد.

توضیحات تکمیلی

- (۱) به اطلاع اعضای محترمی که در سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی نبوده اند و امسال تحت پوشش قرار میگیرند میرساند حداقل زمان انتظار برای هزینه زایمان ۵ ماه از تاریخ روز ۱۴۰۳/۰۳/۳۱ تا پایان روز ۱۴۰۳/۰۹/۰۱ می باشد.
- (۲) در صورت عدم تکمیل کامل فرم و بصورت خوانا و اطلاعات ناقص، مسئولیت عدم ثبت به عهده بیمه شده می باشد.
- (۳) با توجه به زمان اعلام شده، خواهشمند است ثبت نام را برای روز های پایانی ثبت نام بدلیل کثرت مراجعه کننده نگه داشته نشود.
- (۴) در خصوص تعهدات دندان پزشکی، هزینه های خسارت بر اساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران و تعرفه مصوب، و در خصوص پوشش دارو، صرفاً داروهایی که تحت تعهد بیمه تامین اجتماعی بوده تحت پوشش میباشد و داروهای ویتامین و آزاد و ... تحت پوشش قرارداد نمی باشد.
- (۵) تاکید می گردد جهت امکان بهره مندی از خدمات بیمه، بصورت آنلاین و دریافت خسارت، توسط اعضای محترم مهلت ثبت نام با توجه به نیاز زمان بابت ثبت اسامی و کنترل توسط شرکت بیمه و امور اداری، بعد از اتمام زمان ثبت نام، مهلت فوق تمدید نخواهد گردید. قطعاً بعد از تاریخ ثبت نام امکان اضافه نمودن نخواهد بود.
- (۶) ارائه گرافی اولیه صرفاً یکبار برای کلیه خدمات دندان پزشکی در طول قرارداد بیمه میهن و ارائه رسید پوز بانکی مطب دندانپزشکی الزامی میباشد - ارائه پرینت نمره چشم در صورت تجویز عینک توسط اپتومتریست و ارائه رسید پوز بانکی با تائید پزشک معتمد الزامی می باشد .

مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام در درمان تکمیلی ۱۴۰۳

- ۱) نفر اصلی (دارای عضویت سازمان) : کپی شناسنامه تمام صفحات (صفحه ازدواج و توضیحات) کپی کارت ملی، کپی کارت عضویت ، (در صورت نبود کارت ، شماره عضویت جهت استعلام)، تصویر سند واریز حق بیمه .
- ۲) نفرات فرعی (همسر، فرزند، مادر ، پدر) : برای هر کدام از اعضای خانواده کپی تمام صفحات شناسنامه (صفحه ازدواج و توضیحات) کپی کارت ملی، (برای پدر و مادر ، کپی بیمه پایه ، دفترچه یا پرینت از سازمان تامین اجتماعی ... جهت مشخص شدن تحت تکفل یا غیر تحت تکفل بودن برای بیمه شده اصلی ضمیمه شود) و فرزندان ذکور به شرط عدم اشتغال به کار تا سن ۲۰ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام ، " فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده‌اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت. فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار، بیمه می باشند، " فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد و به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می باشند."

مراحل ثبت نام درمان تکمیلی

- ۱) تهیه فرم ثبت نام از قسمت اطلاعیه سایت نظام مهندسی و پر کردن کامل و دقیق اطلاعات شخصی و امضای فرم ها
- ۲) حضور در سازمان نظام مهندسی در ساعات اعلام شده به همراه فرم ها و مدارک

با آرزوی توفیقات روز افزون

جدول تعهدات درمان تکمیلی نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان شرقی

فرانشیز	واحد	حداکثر تعهدات (ریال)	تعهدات پس از کسر سهم بیمه گر پایه	نوع تعهدات ماده ۹	ردیف
۳٪	نفر	۴۵۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های بستری، جراحی شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع جراحی ستون فقرات و انواع سنگ شکن در بیمارستان و بیماری های کرونا و مراکز جراحی DAY CARE محدود و	پرداخت هزینه های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی اصلی	۹/۱
۳٪	نفر	۷۵۰/۰۰۰/۰۰۰	افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای جراحی ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز و استخوان و جراحی آتروپلاست و استند قلب	جبران هزینه اعمال جراحی مهم و بیماری های خاص	۹/۲
۳٪	نفر	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	زایمان اعم از طبیعی و سزارین «سزارین اختیاری و غیر اختیاری»	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۹/۳
۳٪	نفر	۲۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های درمان ناباروری و نازایی (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی محدود-میکرو اینجکشن و دارویی IVF-IUI-GIFT-ZIFT-TTSC-HCG-THMG-	جبران هزینه های درمان نازایی و ناباروری	۹/۴
۳٪	نفر	۷۵۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق بینایی دو چشم از ۳ دیوپتر بیشتر باشد	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای دو چشم)	۹/۵
۳٪	نفر	۱۰۵۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۱: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، رایوتراپی، انواع اسکن، انواع آندسکوپی، ام ار آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، انواع غربالگری جنین و ناهنجاری های جنین، سیتی آنژیو	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۱	۹/۶
۳٪	نفر	۱۰۵۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۲: تست ورزش، تست آلرژی، تیت تنفسی (اسپیرو متری، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز نوار مئانه)، (سیستومتری یا سیستوگرام) شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۲	۹/۷
۳٪	نفر	۱۰۵۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۳: اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	جبران هزینه های سرپائی	۹/۸

۳٪	نفر	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران خدمات آزمایشگاهی شامل چک آپ پزشکی، آزمایش های تشخیص پزشکی، انواع پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلبی، فیزیوتراپی	خدمات آزمایشگاهی	۹/۹
۳٪	نفر	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه آمبولانسی 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	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر	۹/۱۰
۳٪	نفر	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه آمبولانسی 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	جبران هزینه های آمبولانس خارج شهر	۹/۱۱
۳٪	نفر	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های ویزیت (پزشک عمومی و متخصص و فوق تخصص) جراح و دندانپزشک و دارو (مازاد بر سهم بیمه گر پایه)	ویزیت و دارو	۹/۱۲
۳٪	نفر	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی پس از تایید پزشک معتمد و تایید بیمه گر (هر دو سال یکبار)	جبران هزینه های عینک طبی	۹/۱۳
۳٪	نفر	۴۵/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های دارویی شیمی درمانی، هزینه های دارو درمانی MS و دارو های مربوط به بیماری های خود ایمنی	داروهای بیماران خاص	۹/۱۴
۳٪	نفر	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های مربوط به دندان پزشکی (شامل کشیدن هر نوع دندان، جراحی دندان، ترمیم کردن دندان جرمگیری دندان، عصب کشی، پرکردن دندان) روکش دندان - پوشش برای هر نفر خانوار بصورت انفرادی (پرداخت هزینه هابر اساس تعرفه مصوب)	جبران هزینه های مربوط به دندانپزشکی	۹/۱۵