



Encl.: دارد : پیوست : No.: ۱۶۰/۳۲/۱۹۷۸۹ شماره: Date: ۱۴۰۳/۴/۱۸ تاریخ:

بِسْمِ تَعَالَى

بخشنامه ((فوری))

شرکت محترم حمل و نقل بین المللی ایران (عضو غیر عضو)

موضوع: اعلام نرخ و شرایط بیمه درمان تکمیلی گروهی

باسلام،

احتراماً، در راستای بیمه درمان تکمیلی گروهی اعضاء محترم این انجمن، بر اساس مکاتبات بعمل آمده با شرکت بیمه پاسارگاد، شرکت مذکور شرایط خود را به شرح مذکور در ذیل اعلام کرده است:

- ۱- خدمات در بیمه درمان (بستری و پاراکلینیکی) از طریق شرکت کمک‌رسان ایران (SOS).
- ۲- خدمات دندانپزشکی از طریق شرکت ارزیابان سلامت پارس (ASPA).

در قرارداد بیمه درمان تکمیلی این انجمن، بیمه‌گر، بیمه پاسارگاد بوده و خدمات آن از طریق شرکت SOS و ASPA انجام می‌گیرد.

به پیوست، فهرست نرخ و شرایط اعلام شده جهت استحضار ایفاد می‌گردد.

با تشکر

~~بهنام فرامرزیان~~

دبیر کل



Encl.: شماره: Date: تاریخ: No.: پیوست:

بیمه پاسارگاد با همکاری شرکت های SOS , ASPA					
ردیف	شرح پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴
۱	هزینه های بستری، جراحی، Day care در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و آمبولانس	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف
۲	هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونرو عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف
۳	هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۹۰.۰۰۰.۰۰۰	۹۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI, ZIFT, GIFT, IVF و میکرواینجکشن	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰
۵	هزینه های 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	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۹۰.۰۰۰.۰۰۰	۹۰.۰۰۰.۰۰۰
۶	هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (NCV EMG) الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)				
	هزینه خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک				
۸	هزینه فیزیوتراپی (PT) گفتاردرمانی (ST) کاردرمانی (OT)				
۹	هزینه های جراحی های مجاز سرپایی مانند: شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی				



Encl.: شماره: Date: تاریخ:
 بیوست: No.:

۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۵.۰۰۰.۰۰۰	هزینه های تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۱۰
۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد برسهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۱۱
۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۵.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه بدون ارتودنسی و ایمپلنت	۱۲
۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	هزینه مربوط به خرید عینک یا لنز تماسی طبی با تایید پزشک متخصص یا ایتومتریستهای مستقر در مراکز چشم پزشکی	۱۳
۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۵.۰۰۰.۰۰۰	هزینه جراحی 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 (برای هر چشم حداکثر تا ۵۰٪ سقف تعهد)	۱۴
۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰	جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس در داخل شهر (از محل ردیف ۱)	۱۵
۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس بین شهری (از محل ردیف ۱)	۱۶
۷.۱۰۵.۰۰۰	۶.۳۸۰.۰۰۰	۵.۶۵۰.۰۰۰	۵.۱۴۵.۰۰۰	میزان حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ برای ردیفهای ۳ و ۲ و ۱ و بقیه ردیفها ۳۰٪ با اعمال تخفیف به دلیل تداوم همکاری و با توجه به ضریب خسارت	
۸.۴۷۰.۰۰۰	۷.۵۶۰.۰۰۰	۶.۶۴۰.۰۰۰	۵.۹۹۰.۰۰۰	میزان حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ برای همه ردیفها به دلیل تداوم همکاری و با توجه به ضریب خسارت	
۶.۰۴۸.۰۰۰	۵.۶۴۰.۰۰۰	۵.۱۲۰.۰۰۰	۴.۶۶۰.۰۰۰	میزان حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ برای ردیفهای ۳ و ۲ و ۱ و بقیه ردیفها ۳۰٪ بدون ردیف ۱۲ به دلیل تداوم همکاری و با توجه به ضریب خسارت	
۷.۱۳۰.۰۰۰	۶.۶۲۰.۰۰۰	۵.۹۶۰.۰۰۰	۵.۳۹۰.۰۰۰	میزان حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ برای همه ردیفها بدون ردیف ۱۲ به دلیل تداوم همکاری و با توجه به ضریب خسارت	
۵.۳۵۰.۰۰۰	۴.۹۴۰.۰۰۰	۴.۴۶۰.۰۰۰	۴.۰۱۱.۰۰۰	میزان حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ برای همه ردیفها بدون ردیف ۱۲ و ۱۰ و ۴ و ۳ به دلیل تداوم همکاری و با توجه به ضریب خسارت	