

تولید اشتغال آفرین
دانش‌نویان



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

راهنمای ثبت نام بیمه درمان تکمیلی اعضای سازمان نظام پزشکی



صندوق تعاون و رفاه
سازمان نظام پزشکی

با همکاری:



بیمه البرز



تابستان ۱۴۰۱

راهنمای ثبت نام بیمه درمان تکمیلی اعضای سازمان نظام پزشکی

تابستان ۱۴۰۱

با همکاری:




بیمه البرز




مرحله ۱: در ابتدا جهت ورود به سامانه، وارد آدرس سایت takmili.irimcs.ir شده و کد ملی بیمه شده اصلی و شماره موبایل، را وارد نمایید.

به سامانه ثبت نام بیمه تکمیلی خوش آمدید

لطفا برای شروع شماره ملی خود را وارد کنید

شماره ملی... 

شماره موبایل... 

[ثبت نام](#)

[شروع ثبت نام](#)

[استعلام و چاپ رسید](#)

با همکاری:



بیمه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می باشد.



سازمان نظام پزشکی
صندوق تعاون و رفاه

مرحله ۲: در این مرحله طرح های ارائه شده را مشاهده و مقایسه نمایید.

ردیف	عنوان پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵	طرح ۶	طرح ۷
۱	هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) ، انواع سنگشکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Cat-Dry هزینه همراه افراد زیر ۱ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان	نامحدود	نامحدود	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	هزینه آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج .	۶,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰
۳	هزینه آمبولانس خارج از شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج .	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۴	افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گالانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی و کلیه اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	نامحدود	نامحدود	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب‌العلاج در موارد غیر بستری ، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل تعهد اعمال جراحی تخصصی	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	-
	مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۵ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی میباشد	نامحدود	نامحدود	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	نامحدود	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۷	"تازایی و ناباروری و اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل : IUI, ZIFT, GIFT ، میکرواینجکشن و IVF"	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه های پاراکلینیکی	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم شامل لنزیک، لائک ، PRK ، PK ، RK یا کارگزاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی هزینه لنز ارتزان (طبق فاکتور رسمی و معتبر) هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی علاوه آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. برای هر چشم نصف سقف مندرج.	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	وزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت) و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور (صرفاً هژاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	هزینه های سربایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه، هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه ای محاسبه میشود که سابقاً به سندیکای بیمه گران ایران یا هماهنگی شرکت های بیمه تقسیم و به شرکت های بیمه ابلاغ میکند	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	عیوب طبی و لنز تماس طبی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	هزینه تهیه ی ارتوز که بلافاصله پس از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (دو گوش)	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰
۱۵	تهیه ی اعضای طبیعی بدن (صرفاً با تایید انجمن حمایتی مربوطه)	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰

با همکاری:



بیمه البرز



سازمان نظام پزشکی
صندوق تعاون ورفاه

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می باشد.

مرحله ۳: در این مرحله حق بیمه هر طرح بر اساس شرایط سنی قابل مشاهده می‌باشند.

طرح ۳			طرح ۲			طرح ۱		
ردیف	بازه سنی	جمع کل حق بیمه سالانه	ردیف	بازه سنی	جمع کل حق بیمه سالانه	ردیف	بازه سنی	جمع کل حق بیمه سالانه
۹	۶۰ تا ۰	۳۳,۹۱۰,۰۰۰ ریال	۵	۶۰ تا ۰	۴۷,۵۴۱,۰۰۰ ریال	۱	۶۰ تا ۰	۵۴,۴۴۱,۰۰۰ ریال
۱۰	۷۰ تا ۶۱	۴۹,۵۸۵,۰۰۰ ریال	۶	۷۰ تا ۶۱	۶۹,۳۹۱,۰۰۰ ریال	۲	۷۰ تا ۶۱	۷۹,۴۴۱,۰۰۰ ریال
۱۱	۷۵ تا ۷۱	۶۳,۱۳۶,۰۰۰ ریال	۷	۷۵ تا ۷۱	۸۸,۰۵۴,۰۰۰ ریال	۳	۷۵ تا ۷۱	۱۰۱,۴۵۴,۰۰۰ ریال
۱۲	۷۶ به بالا	۶۷,۷۰۰,۰۰۰ ریال	۸	۷۶ به بالا	۸۷,۴۰۰,۰۰۰ ریال	۴	۷۶ به بالا	۱۰۰,۸۰۰,۰۰۰ ریال

طرح ۶			طرح ۵			طرح ۴		
ردیف	بازه سنی	جمع کل حق بیمه سالانه	ردیف	بازه سنی	جمع کل حق بیمه سالانه	ردیف	بازه سنی	جمع کل حق بیمه سالانه
۲۱	۶۰ تا ۰	۳۶,۴۱۸,۰۰۰ ریال	۱۷	۶۰ تا ۰	۲۲,۱۸۰,۰۰۰ ریال	۱۳	۶۰ تا ۰	۲۸,۲۱۰,۰۰۰ ریال
۲۲	۷۰ تا ۶۱	۵۳,۳۴۷,۰۰۰ ریال	۱۸	۷۰ تا ۶۱	۳۲,۶۳۰,۰۰۰ ریال	۱۴	۷۰ تا ۶۱	۴۱,۰۳۵,۰۰۰ ریال
۲۳	۷۵ تا ۷۱	۶۸,۱۵۲,۰۰۰ ریال	۱۹	۷۵ تا ۷۱	۴۲,۰۱۸,۰۰۰ ریال	۱۵	۷۵ تا ۷۱	۵۱,۷۳۶,۰۰۰ ریال
۲۴	۷۶ به بالا	۶۷,۷۱۶,۰۰۰ ریال	۲۰	۷۶ به بالا	۴۱,۸۰۰,۰۰۰ ریال	۱۶	۷۶ به بالا	۵۱,۳۰۰,۰۰۰ ریال

با همکاری:



بیمه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می‌باشد.



مرحله ۴: در این مرحله شرایط و ضوابط بیمه نامه را به دقت مطالعه نمایید.

دوره ی انتظار برای بستری عمومی ، تخصصی ۳ماه و برای زایمان ۹ ماه می باشد .

(برای بیمه شدگانی که به طور پیوسته از سال قبل تحت پوشش قرارداد درمان تکمیلی بوده اند دوره انتظار اعمال نمی گردد)

*فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار و فرزندان ذکور تا سن ۲۰سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا ۲۵ سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا ۲۶سال تمام می توانند تحت پوشش قرارداد بیمه درمان تکمیلی بعنوان زیر مجموعه فرد اصلی قرار بگیرند . (داشتن گواهی اشتغال به تحصیل الزامی است)

در صورتی که افراد زیر مجموعه بیمه شده اصلی به تبع او دارای دفترچه بیمه پایه باشند ، تحت تکفل با فرانشیز ۲۰% و در غیر اینصورت غیر تحت تکفل با فرانشیز ۳۰% می باشند.

(پدر و مادر در صورت ارائه مدارک مثبتّه از مراجع ذیصلاح)رای دادگاه (تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشند در غیر اینصورت غیر تحت تکفل تلقی میگردد)

پرداخت غرامت بیمه عمر تا سقف سنی ۷۰ سال و غرامت بیمه حادثه تا ۷۵ سال می باشد.

با همکاری:



بیمه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می باشد.



مرحله ۵: در این مرحله کد طرح مورد نظر را انتخاب نمایید



با همکاری:



پیشه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می باشد.



سازمان نظام پژوهشی
صندوق تعاون و رفاه

مرحله ۶: در این مرحله اطلاعات بیمه شده اصلی را وارد نمایید.

انتخاب طرح ثبت نام افراد تحت تکفل تایید اطلاعات ثبت درخواست

اطلاعات اولیه

مشخصات فردی خود را در فرم زیر وارد کنید

شماره ملی*

نام*

تاریخ تولد*

شماره شناسنامه*

نام خانوادگی*

وضعیت تاهل

جنسیت

نام پدر*

تعداد فرزندان

اطلاعات شغلی

مشخصات شغلی خود را در فرم زیر وارد کنید

تاریخ استخدام*

شماره نظام پزشکی*

استان محل خدمت

شهر محل خدمت

اطلاعات بانکی

مشخصات بانکی خود را در فرم زیر وارد کنید

شبا*

انتخاب بانک

شماره حساب*

بیمه پایه

مشخصات بیمه پایه خود را در فرم زیر وارد کنید

نوع بیمه پایه

شماره بیمه پایه*

IR

بعدی قبلی

با همکاری:



بیمه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می‌باشد.



مرحله ۷: در این مرحله اطلاعات افراد تحت تکفل را وارد نمایید.

افزودن افراد تحت تکفل

مشخصات افرادی که تحت تکفل شما هستند را وارد کنید.

شماره ملی *	شماره شناسنامه *	جنسیت
نام *	نام خانوادگی *	نام پدر *
تاریخ تولد	نسبت	وضعیت تاهل
وضعیت تکفل	نوع بیمه پایه	شماره دفترچه *

ثبت

لیست افراد تحت تکفل

لیست افرادی که تحت تکفل شما هستند

ردیف نام و نام خانوادگی کد ملی شماره شناسنامه نام پدر تاریخ تولد نسبت شماره دفترچه بیمه وضعیت تکفل عملیات

با همکاری:



بیمه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می‌باشد.



مرحله ۸: در این مرحله اطلاعات بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل را مرور نهایی و تایید نمایید.

بیمه شده اصلی
اطلاعات وارد شده را تایید کنید

شماره ملی: ۵۹۴۹۹۵۹۹۳۰	شماره شناسنامه: ۲۲۵۴	جنسیت: آقا	شماره نظام پزشکی: ۳۲۵۴۳۲۵۴۳۴۵۳۴۵	تاریخ استخدام: ۱۴۰۱/۰۶/۰۱
نام: علی	نام خانوادگی: مهدوی	نام پدر: محمد	استان محل خدمت: ایلام	
تاریخ تولد: ۱۳۰۰/۰۵/۱۱	وضعیت تأهل: متاهل	تعداد فرزندان: —	شهر محل خدمت: ایلام	

بانکد: —	شماره حساب: —	نوع بیمه پایه: تامین اجتماعی
شبا: —		شماره بیمه پایه: ۰۲۱۴۵۷۸۹

لیست افراد تحت تکفل
لیست افرادی که تحت تکفل شما هستند

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت	شماره دفترچه بیمه
------	--------------------	--------	----------------	---------	------------	------	-------------------

با همکاری:



بیمه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می‌باشد.



مرحله ۹: در این مرحله صورتحساب نهایی را مشاهده و تایید نمایید.

انتخاب طرح	ثبت نام	افراد تحت تکفل	تایید اطلاعات	ثبت درخواست		
صورتحساب مبلغ قابل پرداخت						
ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	سن	نسبت	طرح انتخابی	تعرفه حق بیمه
۱	علی مهدوی	۵۹۴۹۹۵۹۹۳۰	۱۰۲	پرسنل اصلی	طرح ۵	۴۱,۸۰۰,۰۰۰ ریال
توضیحات...		مبلغ قابل پرداخت	۴۱,۸۰۰,۰۰۰ ریال	ثبت		

با همکاری:



بیمه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می باشد.



سازمان نظام پزشکی
صندوق تعاون ورفاه

مرحله ۱۰: در این مرحله جهت دریافت شناسه پرداخت،
کد ملی بیمه شده اصلی را وارد نموده و شناسه پرداختی
که توسط سیستم تولید می‌شود را کپی نمایید.

جهت دریافت شناسه پرداخت بانکی، کد ملی خود را در کادر زیر وارد کنید

انتخاب عنوان پرداخت

بیمه درمان تکمیلی

دریافت شناسه پرداخت

شناسه پرداخت زیر را کپی و هنگام پرداخت بانکی استفاده نمایید

۷۶۲۸۲۳۶۸۲۳۰

با همکاری:



بیمه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می‌باشد.



مرحله ۱۱: در پایان اطلاعات مربوط به کارت بانکی را وارد نموده و در قسمت شناسه پرداخت کننده، شماره شناسه ای که در مرحله قبل کپی شده است را الصاق نموده و پرداخت را نهایی نمایید.

به پرداخت ملت
beh pardakht mellat

پرداخت اینترنتی به پرداخت ملت
www.Behpardakht.com

اطلاعات پذیرنده

نام پذیرنده: موسسه صندوق تعاون و رفاه ساز
شماره پذیرنده: 1050912
شماره ترمینال: 1657482
آدرس وب سایت: <http://www.irimcs.ir>

اطلاعات کارت

شماره کارت
شماره کارت 16 رقمی درج شده روی کارت را وارد نمایید
شماره شناسایی دوم (CVV2)
شماره 3 یا 4 رقمی درج شده روی کارت را وارد نمایید
تاریخ انقضای کارت
تاریخ انقضای کارت را وارد کنید
کد امنیتی
لطفا کد امنیتی داخل کادر را وارد نمایید
رمز اینترنتی کارت

زمان باقی مانده: 09:48

شماره کارت

شماره شناسایی دوم (CVV2)

تاریخ انقضای کارت

کد امنیتی

رمز اینترنتی کارت

شناسه پرداخت کننده

اطلاعات شناسه معتبر وارد کنید

ایمیل

لطفا ایمیل معتبر وارد کنید (اختیاری)

مبلغ قابل پرداخت: 41,800,000 ریال

پرداخت

انصراف

با همکاری:



بیمه البرز

تصاویر نمونه فوق جهت راهنمایی بوده و جزییات تصاویر و جداول در سایت takmili.irimcs.ir قابل مشاهده می باشد.

صندوق تعاون و رفاه
سازمان نظام پزشکی

پایان با آرزوی سلامتی

با همکاری:



بیجه البرز



سازمان نظام پزشکی
صندوق تعاون و رفاه