



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

بیمه درمان تکمیلی

تابستان ۱۴۰۳ (پنج ماهه)

سرویس بیمه درمان تکمیلی
بیمه آتیه سازان حافظ
ویژه اعضای محترم جامعه پزشکی



صندوق تعاون ورفاه
سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

سازمان بیمه سلامت ایران

آتیه سازان حافظ

مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام بیمه درمان تکمیلی

- ۱- همراه داشتن اصل شناسنامه
- ۲- در صورت داشتن بیمه پایه، اعلام شماره بیمه پایه
- ۳- همراه داشتن کارت بانکی حاوی رمز پویا برای ثبت نام الزامی است



Instagram.com/irimcs.ir



T.me/irimcsir



info@irimcs.ir



<https://irimcs.ir>

صندوق تعاون ورفاه

سازمان نظام پزشکی

یوسف آباد، خیابان ۶۴ شرقی،
ابتدای پل صادق آئینه وند، پلاک ۱۰
کد پستی: ۱۴۳۶۸۴۴۹۱

تلفن: ۰۲۱-۸۴۱۳۸۸۰۹
فکس: ۰۲۱-۸۸۶۲۹۸۴۶

جدول مبالغ بیمه درمان تکمیلی (۵ ماهه)

بازه سنی	طرح: ۱ (ریال)	طرح: ۲ (ریال)	طرح: ۳ (ریال)	طرح: ۴ (ریال)
۰-۶۰	۹۳/۶۰۰/۰۰۰	۸۵/۴۱۰/۰۰۰	۴۳/۱۷۳/۰۰۰	۲۸/۳۷۲/۵۰۰
۶۰ به بالا	۱۸۷/۲۰۰/۰۰۰	۱۷۰/۸۲۰/۰۰۰	۸۶/۳۴۶/۰۰۰	۵۶/۷۴۵/۰۰۰

توجه: در صورت تمایل به ثبت نام پدر و مادر، چنانچه افراد زیر ۶۰ سال باشند،
حق بیمه آنها معادل ردیف ۲ محاسبه می‌گردد

این بیمه شامل بیمه عمر و حادثه نمی‌گردد.

نحوه ثبت نام آنلاین:

مراجعه به سایت صندوق تعاون ورفاه
سازمان نظام پزشکی به نشانی:
irimcs.ir/atieh



نحوه ثبت نام حضوری:

مراجعه به نشانی:
تهران، خیابان کارگر شمالی، بالاتر از جلال آل احمد،
خیابان فرشی مقدم (شانزدهم)، شماره ۱۱۹
ساختمان سازمان نظام پزشکی، لابی ساختمان،
واحد بیمه تکمیلی، تلفن: ۰۲۱ - ۸۴۱۳۰

تاریخ شروع ثبت نام:

ثبت نام بیمه درمان تکمیلی ویژه تابستان ۱۴۰۳
از روز شنبه ۱۴۰۳/۰۵/۲۷ لغایت ۱۴۰۳/۰۷/۱۰ انجام خواهد شد.

جدول تعهدات و پوشش های بیمه درمان

ردیف	شرح تعهدات سالانه برای هر نفر	طرح : ۱ (بال)	طرح: ۲ (بال)	طرح : ۳ (بال)	طرح: ۴ (بال)
۱	هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان.	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۳	هزینه های آمبولانس خارج از شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	اعمال جراحی تخصصی شامل : افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی ، رادیو تراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱).	۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری ، طبق تعریف وزارت بهداشت از محل تعهد اعمال جراحی تخصصی	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۵ جدول حاضر					
۶	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	هزینه های دارو و درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن ، IUI ، ZIFT ، GIFT ، IVF	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۱ شامل : انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم ، انواع سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، ام ار ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۲ شامل : انواع آندوسکوپی ، ERCP ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز بیس میکرو ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپرومتری و PFT و ...) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG ، NCV) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری ، پانکام و ...) ، خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری ، انواع ادیومتری و ...)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۳ (آزمایش ها) : خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارک های جنینی) ، پاتولوژی ، تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۴ خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارک های جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۵ (توان بخشی) : فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی (OT)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
پارکلینیکی تجمیعی					
۹	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند : شکستگی ، در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیوم ، بیوپسی ، تخلیه ی کیست ، لیزر درمانی	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	جبران هزینه ویزیت، دارو (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی ، جراحی لثه ، ایمپلنت ، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثناء اعمال زیبایی)	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه عینک طبی ، لنز تماسی طبی (صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم مانند لیزیک ، لازک ، PRK ، RK ، PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان (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 ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد . برای هر چشم نصف سقف مندرج	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (یک یا دو گوش حداکثر تا سقف مندرج و صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	هزینه ی خرید اوروتز (طبق تعریف وزارت محترم بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. (فهرست و تعرفه انواع اوروتز سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد) .	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۱۶	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً با تأیید انجمن حمایتی مربوطه)	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰

آغاز ثبت نام بیمه درمان تکمیلی

تابستان ۱۴۰۳ (پنج ماهه)

سرویس بیمه درمان تکمیلی

بیمه آتیه سازان حافظ

ویژه اعضای محترم جامعه پزشکی

افزایش سقف تعهدات

با میانگین ۱۶۶٪ نسبت به دوره های قبلی

۱- امکان استفاده از خدمات بیمه یک هفته پس از ثبت نام

۲- پرداخت خسارت پرونده های پاراکلینیکی

۷ روز پس تکمیل مدارک

۳- پرداخت خسارت پرونده های بیمارستانی

۱۵ روز پس تکمیل مدارک

۴- حذف دوره انتظار برای بیمه شدگان قبلی

۵- دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه و

بیماری های مزمن ۳ ماه میباشد .

۶- فرانشیز در خصوص خدمات موضوع کلیه بندها بابت سهم

بیمه گر اول ۱۰ درصد برای افراد دارای بیمه پایه و ۳۰ درصد

برای نفرات فاقد بیمه پایه

۷- مهلت تحویل مدارک هزینه های درمانی بیمه شدگان حداکثر

تا سه ماه بعد از اتمام قرارداد خواهد بود .

۸- بیمه شده اصلی مکلف است همسر و فرزندان خود را ثبت نام کند

۹- پرداخت خسارت بصورت برخط (برای نسخه های الکترونیک)

۱۰- امکان تحویل مدارک و پرداخت خسارت در نمایندگی های

بیمه آتیه سازان حافظ در سراسر کشور

* اتصال سرویس بیمه تکمیلی آتیه سازان حافظ به زیرساخت

نسخه الکترونیک

در این سرویس برای اولین بار در کشور، خدمات بیمه تکمیلی در

زیر ساخت نسخه الکترونیک همزمان با بیمه پایه بصورت برخط

به بیمه شده ارائه خواهد شد.