



فرم استعلام بهاء کالا/خدمات

بازبینی : ۰

کد فرم

F ۰ ۳ ۲

شماره استعلام: ۱۶۵۹۱

تاریخ: ۱۴۰۵/۰۵/۱۸

موضوع: استعلام خرید بیمه درمان تکمیلی گروهی کارکنان و خانواده آن ها

این شرکت در نظر دارد کالا/خدمات ذیل را از طریق تأمین کنندگان واجد شرایط خریداری نماید. لذا تقاضا دارد حداقل قیمت پیشنهادی خود را تا روز: **دوشنبه** ساعت: ۱۶:۰۰ مورخ: ۱۴۰۵/۰۵/۲۶ با توجه به نکات زیر اعلام فرمائید.

- انجام کاردر قالب انعقاد قرارداد انجام می گردد.
- شرکت پویش معادن ذوب آهن در رد یا قبول پیشنهادات مختار می باشد و شرکت در استعلام هیچگونه حقی برای مشارکت کننده ایجاد نمی کند.
- ارسال پیشنهادات قیمت فقط از طریق ارائه پاکت دربسته به آدرس اصفهان بلوار بوستان ملت - ساختمان شماره ۱۶۸ - طبقه اول - تحویل سرکار خانم ماندنی به شماره تماس ۰۹۹۱۲۱۵۴۰۸۶ گردد.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره ۰۳۱۹۱۰۸۸۹۱۰ داخلی ۲۰۶ یا شماره همراه ۰۹۱۰۸۱۰۴۳۹۹ تماس حاصل گردد.

➤ فرصت ارائه پیشنهادات مالی:

ارائه پیشنهاد مالی تا روز دوشنبه مورخ ۱۴۰۵/۰۵/۲۶ - بازگشایی پاکت: ۱۴۰۵/۰۵/۲۷

نام فروشنده کالا/ارائه دهنده خدمت:	شماره اقتصادی/کد ملی:
نشانی و شماره تماس:	

➤ مواردی که میبایست در ارائه بیمه درمان تکمیلی گروهی کارکنان و خانواده آن ها مد نظر قرار گیرد.

- دوران انتظار جهت لیست اولیه و بیمه شدگانی که در حین قرارداد اضافه می شوند اعمال نمی گردد.
- والدین غیر تحت تکفل و تحت تکفل کارکنان شاغل اعم از ذکور و اناث با حق بیمه، فرانشیز و تعهدات مشابه بیمه شدگان عادی تحت پوشش قرار می گیرند.
- همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث با حق بیمه، فرانشیز و تعهدات مشابه بیمه شدگان عادی تحت پوشش قرار می گیرند.
- اضافه نرخ شرایط سنی برای کلیه بیمه شدگان طرح اصلی و طرح غیراصلی (والدین) منظور نمی گردد.
- فرانشیز بیمه تکمیلی گروهی ۱۰٪ در نظر گرفته شود.
- هرگونه تغییر در شرایط کلوزها و درصد فرانشیز و هر یک از آیتیم های موضوع استعلام در هنگام اعلام قیمت به منزله حذف از استعلام خواهد بود.
- کلیه برگه های استعلام میبایست مهر و امضاء شده و در پاکت دربسته تحویل گردد.

پیشنهاد مالی:

ردیف	شرح	واحد	تعداد	قیمت واحد(ریال)	قیمت کل(ریال)
۱	بیمه درمان تکمیلی گروهی کارکنان و خانواده آن ها	نفر	۲۵۰۰		

شرایط فوق مورد قبول می باشد

مهر و امضاء:

تاریخ:

بیمه تکمیلی درمان						
تعداد کل نفقات تقریبی ۲۵۰۰ نفر (پوشش معادن ذوب آهن)						
ردیف	نوع	سقف تعهدات بیمه گر		سقف تعهد بیمه گر	تعهد برای	
		بیمه	بیمه		بیمه	بیمه
۱	بستری و جراحی عمومی	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care درمان طبی، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای، بستری بیماران کرونا، آنژیوگرافی عروق کرونر و، قلب تزریق ماده فارماکولوژیک داخل ویترو مانند (آوستین، بوسنتیس آیل و سایر موارد مشابه TTT, Cross Linking (UVX), (لیزر تراپی چشم نظیر ضایعات)، شبکه یاک لیزر، SLT لیزر گلوکوم) اسپیراسیون، مغز استخوان، سوزن براکی تراپی، نمونه برداری از ارگانهای مختلف بدن به وسیله سوزن نظیر (پروستات پستان و سایر موارد مشابه تحت هدایت، تصویر برداری نمونه برداری تحت سونوگرافی و سی تی اسکن هزینه بستری در بخش مراقبتهای ویژه نظیر RF، CCU، ICU، نقاط مختلف بدن و سوزن آن و همچنین استفاده از RF از طریق آندوسکوپ ERCP به تنهایی و یا توأم با استنت گذاری انواع هزینه های دارویی و بستری و جراحی بیماری MS هزینه های دارویی خوراکی بیماران سرطان هزینه های بستری و دارویی اعم از مصرفی و خوراکی و تزریقی و اعمال جراحی بیماریهای خاص و صعب، الملاج تالاسمی، مازور هموفیلی دیالیزی، مزمن پارکینسون، آلزایمر انواع هپاتیت بیماریهای ضعف عصب و عضله از جمله MLSALS پولی، میوزیت دوشن و ... بیماریهای خودایمنی از جمله آرتریت روماتوئید، لوپوس، پمفیگوس و بیماری پسرپایزس بیماریهای نورپاتی جراحی، فک، پروتز دارو و تجهیزات مصرفی در حین عمل جراحی و زمان بستری قابل پرداخت می باشد جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن تزریق BCG IVIG پیوند قریه چشم پت، اسکن PRP درمانی جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماریهای روان پریشی و بیماران اعصاب و روان تبصره) هزینه نگهداری بیماران روان پریشی تحت پوشش نیست Polysonnography (sleep apnea تست خواب تزریق، آواستین پروتزهای مصرفی حین عمل جراحی هزینه بستری در منزل با تایید پزشک معالج قابل پرداخت می باشد هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.		*	بدون سقف	۱۰
۲	جراحی تخصصی	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات گامانایف پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، آنژیوگرافی مغز، هزینه های تزریق مرتبط با بیماری سرطان (در مطب یا بیمارستان) پری کانسر، پری لوسمی، انواع بدخیمی ها کانسر ها و پری کانسر تبصره - هزینه های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوششهای اصلی پرداخت می شود. (با احتساب بند یک بستری و جراحی عمومی)		*	بدون سقف	۱۰
۳	نازل	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین (خود خواسته)		*	بدون سقف	۱۰
۴	تلاقی	جبران هزینه درمان و دارویی و بستری ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، فریز جنین و تعین جنسیت، انتقال جنین و، IUI، ر GIFT، ZIFT میکرواینجکشن و IVF،		*	بدون سقف	۱۰
۵	بارکدینگ و آزمایش، فیزیوتراپی، غربالگری جنین	جبران هزینه انواع رادیوگرافی آنژیوگرافی عروق محیطی آنژیوگرافی، چشم سونوگرافی ماموگرافی و انواع اسکن ام آر آی پزشکی هسته ای شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ، دانسیتومتری جبران هزینه انواع آندوسکوپی خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع تیلت، تست خدمات تشخیصی EECPC الکتروکاردیوگرافی انواع اکو کاردیوگرافی انواع هولتر مانیتورینگ تست ورزش آنالیز پیس میکر (EMG NCV) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی PFT تنفسی شامل اسپیرومتری و تنفسی شامل اسپیرومتری و خدمات تشخیصی یورو دینامیک نوار، مثانه، خدمات تشخیصی و پروتزی پزشکی چشم مانند اپتومتری پریمتری (EEG) الکتروانسفالوگرافی بیومتری و پنتاکم شنوایی سنجی (انواع) ادیومتری جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک، پزشکی تستهای آلرژی شیمی بالینی، تومور مارکرها میکروب، شناسی تشخیص پیش از تولد بیماریهای ژنتیک سیتوپاتولوژی، گلوبال خدمات ژنتیک بیوفیدبک، جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرها جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین، جبران هزینه سیستوسکوپی و، ژل و سایر موارد (بخور سرد، PRP رکتوسکوپی فالن تست، تست قند، کورتون تراپی جهت کلیه بیماریها تزریق داخل مفصل (اعم از تزریق، تزریق داخل، ضایعه تمپانومتری، تست استرس، مشاوره روانشناس، روانپزشک متخصص اعصاب و روان انواع تزریقات سرم تراپی اکو مری پانسمان و تعویض آن انواع تزریقات چشم تزریق آواستین از محل بیمارستانی) TDCS تحریکات الکتریکی مغز، RTMS و TMS مغز بادی، پاکس رینومانومتری برونکوگرافی، شستشوی گوش، iolmaster فوندوسکوپی کانفواسکن ارب، اسکن توپوگرافی، پاکیمتری DLCO UBT FNA پونکسیون مایع نخاع، کمری، آمینوسنتز کلیه هزینه های مربوط به تست کرونا مطابق با دستورالعمل وزارت بهداشت، آندوسونوگرافی فلوروسکوپی PDT متاکولین، تست ABR, Asthography Brain Mapping ICG HRT GDX EVOK استوگرافی ASL, SMT پلتیسموگرافی تست حجم بویایی EOG EOG، مانومتری نوار چشم HT UBM ECC OCT اسنچس تراکم استخوان، پروگرامینگ فیبرواسکن کبد، نوار عصب و عضله، بررسی عصب بینایی و شنوایی، هیستروسکوپی، هیسترو گرافی، لاپاراسکوپی، توبو پلاستی، تست غربالگری پالس اکسیمتری و اوزون درمانی تزریق NST، سیستومتری، سیستوگرام آسیب شناسی، IVIP، اارگواسپیرومتری، انتروپئون، و انواع آن، فیزیوتراپی در منزل، نوروفیدبک و PT تحریک مغناطیسی، جبران هزینه فیزیوتراپی TEE فتوگرافی PRP اوزون تزریق لیزر فیزیوتراپی، مگنتوتراپی طب فیزیکی، تست قند خون، شاک، OT، کار درمانی، ST، نوروفیدبک اورولوژی، کایروپراکتیک، گفتار درمانی		*	بدون سقف	۱۰

شرایط فوق مورد قبول می باشد

مهر و امضا

تاریخ:

					الکتروشوک درمانی، هزینه تست کرونا در هر صورت با نتیجه مثبت یا منفی و بدون در ORA بیش فعالی Shockwave ویو تریابی نظر گرفتن نوع پزشک اعم از عمومی باشد. متخصص و و بدون در نظر گرفتن نتیجه آزمایش قابل پرداخت می باشد .
۶	اعمال مجاز سرپایی		بدون سقف *	۱۰	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری و بازکردن گچ ،ختنه، بخیه کشیدن ،بخیه ،کرایوتراپی، اکسیژون ،لیپوم بیوپسی و بیوپسی سوزنی، تخلیه کیست و لیزر درمانی سایر موارد مشابه که مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت جبران هزینه کوتر، کشیدن ناخن، خارج کردن جسم خارجی از بدن، خارج کردن جسم خارجی از چشم و ،گوش ،برداشتن و فریز زگیل، پاپ اسمیر شالازیون و ناخنک چشم ،رادیوفرکانسی SMART PLUS RF درمان خونریزی شامل سوزاندن و تامپونمان، کوتر،شکافتن آیهسه دهان، Body Composition ، آتل گذاری، اکسیژون جسم خارجی، اکسیژون تومورهای خوش خیم ،اکسیژون و برداشتن ،میخچه شستشوی معده ،اکسیژن تریابی، برداشتن خال
۷	رفع عیوب انکساری هرچه		بدون سقف *	۱۰	جبران هزینه 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 از طریق جراحی یا هر نوع دستگاهی، فمتولیزیک،PRK،لازیک،فمتو اسمایل
۸	وزیت و دارو		بدون سقف	۱۰	جبران هزینه های انواع ویزیت مطابق با آخرین تعرفه بخش خصوصی (پزشک عمومی متخصص فوق تخصص کارشناسان تغذیه و ،مامایی ویزیت ،ماما مشاوره های پزشکی انواع کارشناسان پروانه دار) داروهای آزاد ،نسخه های آزاد ،کلیه داروهای ایرانی و خارجی ،داروهای هورمونی ، داروهای پوستی غیر از موارد زیبایی و بهداشتی بر اساس فهرست دارویی فارماکوپه که به صورت مجاز و قانونی وارد کشور شده باشند. حق فنی و اختلاف قیمت ناشی از نوع برند دارویی قابل پرداخت است .داروهای گیاهی ،خدمات اورژانس درموارد غیر بستری ،جبران هزینه های خرید همه داروهای مکمل و داروهای گیاهی با تجویز پزشک متخصص،داروهای مرتبط با بیماری کرونا قابل پرداخت می باشد، داروهای ترکیبی قابل پرداخت باشد.
۹	عینک ولنز طبی		۷۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک ویا اپتومتریست (کمتر از یک دیوپتر با تجویز عینک توسط چشم پزشک)
۱۰	کلیه تعهدات دندانپزشکی		۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه به انضمام ،ایمپلنت ، ارتودنسی درمانی، دست دندان، دندان مصنوعی نیم ست مصنوعی، جرم گیری ،بروکش ،بروساژ ،ترمیم ،عصب کشی ،جهت کودکان و (خانمهای باردار به شرط ارائه مدارک نیازی به ارائه عکس دندان نمی باشد.) *با امکان استفاده اعضای خانواده بصورت شناور دوبرابر تعرفه سندیکای بیمه
۱۱	سمعک		۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک به ازای هر گوش و لوازم جانبی .
۱۲	اوروتز ولوازم ارتوپدی		۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰	هزینه تهیه اوروتز و پروتز ولوازم م ارتوپدی بلافاصله بعداز عمل جراحی و یا به تشخیص پزشک متخصص معالج (بدون نیاز به عمل جراحی) مانند : گردنبند طبی ، واکر ،عصا،آویز دست،بالشت طبی، کفش طبی ، کفی طبی ، جوراب واریس ، میچ بند طبی ، زانو بند طبی ، کمربند طبی ، آتل انگشت (بر اساس تعرفه اعلامی سندیکای بیمه گر ایران)
۱۳	آمبولانس داخل شهر		بدون سقف	۱۰	هزینه آمبولانس وسایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهر)
۱۴	آمبولانس خارج شهر		بدون سقف	۱۰	هزینه آمبولانس وسایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج (خارج شهر)

شرایط فوق مورد قبول می باشد

مهر و امضا

تاریخ: