



فرم نظر سنجی بیمه درمان تکمیلی کارکنان دانشکده علوم پزشکی تربت جام

باسلام واحترام

همکار گرامی جناب آقای /سرکارخانم ..... محل خدمت .....تلفن همراه .....

به استحضار می رساند مدیریت پشتیبانی و رفاهی دانشکده در نظر دارد به منظور تامین رفاه وآسایش خاطر هرچه بیشتر همکاران محترم خدمات مطلوب و متنوع تری ارائه نماید وبا عنایت به اینکه هزینه درمان همکاران یکی از دغدغه های مهم این مدیریت درامر رفاه همکاران می باشد اقدام به نظرسنجی و استفاده از این نظرات در انعقاد قراردادی بیمه تکمیلی درمان می نماید. لذا خواهشمنداست با توجه به خدمات ارائه شده بیمه درمان تکمیلی آتیه سازان حافظ درسال جاری با ارائه نقطه نظرات وپیشنهادات خود مارا در رسیدن به این امر یاری فرمایید .

1-ایا متمایل به استفاده از بیمه درمان تکمیلی می باشید ؟  بلی  خیر

در صورت عدم تمایل لطفا دلیل خودراذکر نمایید؟

2)ایا از خدمات ارائه شده بیمه مکمل درمان آتیه سازان حافظ رضایت داشتید ؟  بلی  خیر

3)کدامیک از شرکت های بیمه را جهت بیمه تکمیلی خود معرفی وانتخاب می نمایید

ایران  آسیا  دی  آتیه سازان حافظ  کارافرین  معلم  سایر

در صورت انتخاب یکی از شرکت ها فوق ذکر علت انتخاب وملاک های مورد نظر :

4) با توجه به تعهدات درخواستی وهزینه حق بیمه تکمیلی کدامیک از طرح های بیمه (الف /ب/ج) درجدول پیوست شرح تعهد را مایلید انتخاب نمایید؟

طرح الف -400/000ریال  طرح ب -1/950/000ریال  طرح ج -2/550/000ریال

5)پرداخت هزینه حق بیمه درمان تکمیلی تا چه مبلغ برایتان مقدور می باشد ؟

توضیحات	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
تمهیدات حمایتی (آتیه سازان حافظ)				
نمونه ومیزان پرداخت فسا(تها شامل (دارو، ویزیت،و.....)				
نمونه پذیرش در بیمارستانهای طرف قرارداد				
زمان پرداخت موارد تعهدات				
سقف تعهدات با توجه به مق بیمه ماهانه در اطلاعیه بیمه تکمیلی ، که قبلا اطلاع رسانی شده				
نمونه برفرورد پرستل شرکت بیمه به صورت مضوری				
نمونه پاسفگویی کارشناسان بیمه به صورت تلفنی				
میزان عمل به تعهدات شرکت بیمه گر طبق جدول پوشش های درمانی قراردادراپهگونه ارزیابی میکنید؟				
میزان تسلط و آگاهی کارشناسان شرکت بیمه :				

نظرات :



فرم نظر سنجی بیمه درمان تکمیلی کارکنان دانشکده علوم پزشکی تربت جام

6) متمایل به استفاده کدامیک از خدمات ذیل می باشید

ردیف	شرح تعهدات	طرح الف	طرح ب	طرح ج	مبلغ پیشنهادی
1	جبران هزینه های اعمال جراحی تخصصی بیمارستانی شامل: درمان جراحی سرطان، مغزواعصاب مرکزی و نخاع، جراحی عروق بزرگ کاروتید و انورت، جراحی قلب، انژیوپلاستی عروق بزرگ نظیر کاروتید، انورت و عروق کرونر، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، گامانایف	160/000/000	600/000/000	800/000/000	
2	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (سرپایی، بستری، دارو)، رادیوتراپی، انژیوگرافی قلب، جراحی های ستون فقرات، اعمال لاپاراسکوپیک، انواع سنگ شکن، جراحی های چشم (به استثنای لیزیک)، جبران هزینه های پروتز (مانند لنز که طی جراحیهای مورد تعهد در داخل بدن کار گذاشته می شود) و کورتاژ (تشخیصی درمانی و تخلیه ای) قدر بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Daycare، جبران هزینه همراه افراد زیر 7 سال و بالاتر 70 سال	80/000/000	300/000/000	400/000/000	
3	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	0	30/000/000	50/000/000	
4	هزینه های پاراکلینیک نوع (1) مانند: انواع سونوگرافی ریالماموگرافی، انواع ام آرای، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، سنجش تراکم استخوان (BVD) یا دانسیتومتری، انواع آندوسکوپی، کولونوسکوپی، سیستوسکوپی، رکتوسکوپی، آندوسونوگرافی، رینوسکوپی، انواع اکو (اکوکاردیوگرافی، استرس اکو و غیره) پزشکی هسته ای، FN، تست UBT، انواع انژیوگرافی سرپایی، انواع سی تی انژیوگرافی و سایر موارد مشابه	3/000/000	40/000/000	70/000/000	
5	هزینه های پاراکلینیک نوع (2) مانند: تست ورزش هولترمونیتورینگ، انواع تست های تنفسی (مانند اسپرومتری، بادی باکس، DLCO، آستوگرافی (تست متاکولین)، مارگواسپیرومتری، پلتیسموگرافی و غیره) انواع نوارنگاری (مانند: نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار قلب، نوار مثنه، الکترومیوگرافی مثنه (مانومتري وغيره)، انواع تستهای ارزیابی شنوایی (مانند: تست OCT، EP، V، پریمتری چشم (اندازه گیری میدان بینایی)، اپتومتری (بیناییسنجی)، MAPPi، GDx، ORBSCAN، باکیمتری، CLMASTER، توپوگرافی، پنتاکم، IOG، HRT، تست یورودینامیک، MAPPi، ngBai n تست خواب و سایر موارد مشابه	3/000/000	40/000/000	70/000/000	
6	جبران هزینه های آزمایش، رادیولوژی و فیزیوتراپی (لیزر فیزیوتراپی و...)	3/000/000	40/000/000	70/000/000	
7	هزینه های مربوط به جراحی های مجاز سرپایی و بدون بستری مانند: ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپیوم SMARTPLUG، تزریق IVI G، تخلیه کیست و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) و هزینه های مربوط به کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیر خانه شورای عالی بیمه سلامت مانند: شکستگیها، در رفتگیها، آتل گذاری، انواع گچ گیری (خرید انواع گچ، دستمز گچ گیری و...)، بیرون آوردن جسم خارجی فرورفته در گوشت، کشیدن ناخن، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبنسه کف دهان، شالازیون، بیوپسی، کوتر، انواع پاتولوژی، ناخنک چشم، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش و بینی، تزریق در داخل مفاصل، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری (دارو، تخت اورژانس، تزریق، یویزیت و...)، پانسمان و سایر خدمات مشابه	3/000/000	10/000/000	30/000/000	از محل تعهد بند 5
8	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه آستیگمات) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد، برای دو چشم	0	20/000/000	40/000/000	
9	هزینه آمبولاس، هواپیما، داخل شهر	800/000	1/000/000	2/000/000	
10	هزینه آمبولاس، هواپیما، خارج شهر	1/200/000	2/000/000	3/000/000	
11	هزینه ویزیت پزشکان اعم از عمومی، متخصص و فوق تخصص، تمامی داروها (اعم از داخلی و خارجی) خدمات اورژانس برای هر نفر	0	5/000/000	20/000/000	
12	دندانپزشکی (به استثناء ایمپلنت و ارتودنسی) تعهدات به صورت شناور _ به استثنای والدین	0	10/000/000	20/000/000	
13	عینک طبی _ لنز تماسی	0	2/000/000	4/000/000	
14	هزینه مربوط به خرید سمعک	0	0	20/000/000	
15	هزینه تهیه ارتوز بلافاصله بعد از عمل جراحی شامل گردن بند طبی، کمربند طبی، کفش طبی و.....	0	5/000/000	20/000/000	
16	داروهای بیماری های خاص و صعب العلاج	0	20/000/000	60/000/000	
17	حق بیمه ماهانه هر نفر بدون مالیات بر ارزش افزوده (ریال)	40/000	1/950/000	2/550/000	

پیشنهادهای در خصوص پوشش ها و تعهدات بیمه ای :

مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی دانشکده علوم پزشکی