



شماره: ۵۴/۱۴۰۳/۹۰-۷

تاریخ: ۱۴۰۳/۰۳/۰۷

پیوست: دارد

## سازمان محترم اقتصاد اسلامی ایران

### موضوع: اعلام نرخ و شرایط بیمه نامه درمان تکمیلی صندوق های قرض الحسنه با سلام و احترام

باستحضار می رساند با توجه به انقضای بیمه نامه درمان تکمیلی صندوق های قرض الحسنه آن سازمان محترم و پیرو مذاکرات صورت پذیرفته اعلام نرخ جدید و شرایط بیمه نامه درمان تکمیلی، به پیوست جدول تعهدات به همراه حق بیمه متعلقه جهت ارائه پوشش افراد صندوق ها به شرح ذیل به حضورتان ارسال می گردد.

لازم به ذکر است این شرکت با ۲۵ سال سابقه فعالیت در ارائه انواع خدمات بیمه ای به بیمه گزاران محترم و دارا بودن کلیه اختیارات صدور و پرداخت خسارت درمان در خدمت بیمه گزار محترم خواهد بود، همچنین به منظور رفاه حال بیمه شدگان، شرکت بیمه آسیا در شهر تهران دارای بیش از ۶۰۰ مرکز بیمارستانی و پاراکلینیکی طرف قرارداد آنلاین می باشد، که بیمه شدگان محترم می توانند پس از صدور بیمه نامه و ارائه لیست اسامی با ارائه کارت ملی از خدمات آنها استفاده نمایند. لیست مراکز درمانی طرف قرارداد که به صورت مرتب بروزرسانی می گردند در سایت بیمه آسیا در دسترس بیمه شدگان محترم می باشد.

خواهشمند است پس از بررسی نتیجه را به این شرکت اعلام، تا در اسرع وقت نسبت به صدور بیمه نامه و ارائه خدمات اقدام گردد.

امیدواریم همواره با بهترین خدمات و مناسب ترین حق بیمه در خدمت شما باشیم.

با تشکر

شرکت خدمات بیمه ای آرمان زندگی

اقدام کننده: تجلی ( داخلی ۱۱۱)

دفتر مرکزی: تهران، خیابان فردوسی جنوبی، کوچه خواندنیها، پلاک ۴، ساختمان آرمان زندگی، کدپستی: ۱۱۳۶۹۴۶۷۱۶

تلفن: ۶۶۷۲۹۰۶۱ (۲۰ خط ویژه) فکس داخلی ۲۰۳

شعبه یک: جاده خاوران، شهرک صنعتی خاوران، سایت چوب و تخته، جنب بانک سپه، کدپستی: ۱۸۶۵۱۷۶۵۱۵، تلفن/فکس: ۳۳ ۲۸ ۴۷ ۱۰

ایمیل: [info@armanzendegi.com](mailto:info@armanzendegi.com)، شماره پیام کوتاه: ۰۹۳۵۶۷۲۹۰۶۱

[www.armanzendegi.COM](http://www.armanzendegi.COM)

طرح های صندوق های قرض الحسنه ۱۴۰۳ (پیشنهاد نهایی)

ردیف	نوع پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵
۱	جبران هزینه جراحی و بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود ، DAY CARE حداکثر در سال تا مبلغ:	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی تخصصی شامل شیمی درمانی ، رادیو تری ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات ، گالمانایف ، پیوند کلیه ، پیوند مغز و استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز با احتساب بند ۱ حداکثر در سال تا مبلغ :	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان، ام از طبیعی و سزارین حداکثر در سال تا مبلغ:	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه های انواع رادیو گرافی ، آنژیو گرافی ، عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، ام آر آی ، پزشکی هسته ای ( شامل اسکن هسته ای و درمان و درمان رادیو ایزو توپ) ، دانسیتومتری حداکثر در سال تا مبلغ:	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	پاراکلینیکی ۲: انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکترو کاردیوگرافی ، انواع اکو کاردیو گرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، EECF ، تلیت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی (شامل اسپیرومتری PFT) ، خدمات تشخیص یورو دینامیک (نوار مثانه ) ، خدمات تشخیصی الکترو میلو گرافی ، هدایت عصبی ( NCV-EMG ) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپیتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پننکام ، شنوایی سنجی ( انواع ادیومتری ) حداکثر در سال تا مبلغ:	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه های مجاز سرپایی مانند شکستگی ها ، در رفتگی ها ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کریوتراپی ، اکسیژن لیوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی ( بااستثنا عیوب انکساری دید چشم) حداکثر در سال تا مبلغ:	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل: آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، تست های الژیک حداکثر در سال تا مبلغ:	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد حداکثر در سال برای هر دو چشم مبلغ :	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	تامین هزینه های مربوط به نازایی و ناباروری شامل (IVF ، میکروانجکشن ، ZIFT ، GIFT ، IULITSC ) حداکثر در سال تا مبلغ ( برای گروه های زیر ۱۰۰۰ نفر سه ماه دوره انتظار لحاظ خواهد شد . )	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	هزینه تشخیص ناهنجاری های جنین ( غربالگری ) منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر در سال تا مبلغ :	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های گفتار درمانی و کار درمانی و فیزیوتراپی حداکثر در سال تا مبلغ :	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	ویزیت و دارو شامل : هزینه ویزیت پزشکان عمومی ، متخصص و فوق تخصص ، فرانسیز دارو و ملزومات دارویی بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری ، حداکثر در سال تا مبلغ:	۰	۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۳,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج (خارج شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
	<b>حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲۰ درصد</b>	۲,۲۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۵۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	۷,۳۰۰,۰۰۰

دفتر مرکزی : تهران، خیابان فردوسی جنوبی، کوچه خواندنیها ، پلاک ۴، ساختمان آرمان زندگی، کدپستی: ۱۱۳۶۹۴۶۷۱۶

تلفن: ۶۶۷۲۹۰۶۱ (۲۰ خط ویژه) فکس داخلی ۲۰۳

شعبه یک : جاده خاوران، شهرک صنعتی خاوران، سایت چوب و تخته، جنب بانک سپه، کدپستی: ۱۸۶۵۱۷۶۵۱۵ ، تلفن/فکس: ۳۳ ۲۸ ۴۷ ۱۰

ایمیل: [info@armanzendegi.com](mailto:info@armanzendegi.com) ، شماره پیام کوتاه: ۰۹۳۵۶۷۲۹۰۶۱

[www.armanzendegi.COM](http://www.armanzendegi.COM)