

تبیت نام بیمه درمان تکمیلی ایران

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
صادق تعاون و رفاه

ویژه اعضا، کادر درمان پزشکان و کارکنان
سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
دوره پاییز ۱۴۰۵

نشانی: یوسف آباد، خیابان نصرت و چهارم (استاد محمد بهمن بیگی)
ابتدای پل آینه وند، پلاک ۱۰ کد پستی: ۱۳۳۸۴۴۹۱
تهران، خیابان کارگر شمالی، بالاتر از جلال آل احمد، خیابان
فرنی مقدم (نشانزدهم)، شماره ۱۱۹ کدپستی ۱۳۳۸۳۳۹۵۳

تلفن: ۰۲۱ ۸۴۱۳۸۸۲۲ - ۸۴۱۳۸۱۵۸

۰۹۰۴۸۲۴۶۵۲۱ - ۰۹۰۴۸۲۴۶۵۱۲

Takmili.irimcs.ir

www.irimcs.ir

Instagram.com/irimcs.ir

T.me/irimcsir

ble.ir/irimcs



بیمه ایران

Iran Insurance
irimcs

مدارک مورد نیاز:

کارت ملی بیمه شده اصلی
شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل
کارت بانکی با رمز پویای فعال
دسته چک صیادی معتبر با امکان ثبت چک
کد پستی
کارت نظام پزشکی

تبیت نام

مهر ماه ۱۴۰۵ بصورت آنلاین و حضوری

مدت اعتبار بیمه نامه

یک سال (تا پایان شهریور ۱۴۰۶)

تبیت نام آنلاین

۰۹۰۴۸۲۴۶۵۲۱
۰۲۱۸۴۱۳۸۸۲۲
۰۲۱۸۴۱۳۸۱۵۸



www.irimcs.ir/takmili



گسترده ترین شبکه خدمات رسانی
با بهره مندی بیش از ۲۰۰ شعبه

پذیرش و ارائه سرویس به بیمه شدگان
در ۱۱۰۰۰ مرجع درمانی ظرف قرارداد

سامانه پیشخوان ۰۹۶۶۸ جهت پاسخ دهی ۲۴ ساعته
به سوالات و حل مشکلات بیمه شدگان



مرازگر درمانی
طرف قرارداد

دستور العمل اجرایی ثبت نام بیمه تکمیلی ایران - پاییز ۱۴۰۵
صندوق تعاون و رفاه سازمان نظام پزشکی
(موضوع مصوبه دریافت حق بیمه اقساطی)

به منظور اجرایی نمودن پرداخت اقساطی بیمه تکمیلی درمان توسط پزشکان، رویکرد دستورالعمل به شرح ذیل می باشد

برای اعضا ۲۵٪ مبلغ بیمه پرداختی نقد، که نباید کمتر از ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال باشد و مابقی در ۴ فقره چک صیادی دریافت می شود

تاریخ چک ها:

۱۴۰۵/۱۱/۲۱ | ۱۴۰۵/۱۰/۲۱ | ۱۴۰۵/۰۹/۲۱ | ۱۴۰۵/۰۸/۲۱

تبصره ۱: ابتدا چک ها در سامانه ثبت نام بیمه تکمیلی بارگذاری و داخل سامانه صیادی ثبت شود و اصل چک ها برای تهران و حومه، حضوری و شهرستان ها با پست پیشتاز ۴۸ ساعته به آدرس اعلام شده صندوق (یوسف آباد) بلافاصله ارسال شود

تبصره ۲: لطفاً در هنگام ثبت نام بیمه تکمیلی، در انتخاب و ثبت اطلاعات نهایت دقت را به عمل آورید؛ زیرا پس از تکمیل فرایند ثبت نام و پرداخت حق بیمه، امکان لغو یا انصراف از بیمه و همچنین استرداد وجه پرداختی وجود نخواهد داشت

نکته: مسئولیت صحت اطلاعات و انتخاب نهایی بیمه، بر عهده متقاضی خواهد بود

دوره انتظار برای بستری عمومی/تخصصی ۳ ماه و برای زایمان ۹ ماه می باشد

(روابط عمومی صندوق تعاون و رفاه سازمان نظام پزشکی)

ردیف	تفصیلات	سقف تعهدات طرح ۱	سقف تعهدات طرح ۲
1	بستری (بیمارستان - جراحی محدود)	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
2	همراه بیمار - اورژانس منجر به بستری	۷۵.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
3	آمیبولانس داخل شهر	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
4	آمیبولانس خارج شهر	۸.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
5	جراحی تخصصی	۸.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰
6	داروی بیماران خاص و صعب العلاج	۸.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
7	مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف 1 تا 5 جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
8	زایمان طبیعی و سزارین	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰
9	درمان نازایی و ناباروری	۵۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰
10	باراکلینیک و اعمال سرباهی	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰
11	نسخ دارویی	۱۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
12	دندانپزشکی	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰
13	عینک و لنز	۳۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰
14	جراحی چشمی	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
15	سمک	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰
	اروتزر	۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
	تهیه اعضای طبیعی بدن		

حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان طرح 2 دارای فرانشیز 10 درصد می باشد
 حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان طرح 1 دارای فرانشیز 10 درصد برای تعهدات ردیف 1-5 می باشد و مابقی تعهدات 15 درصد فرانشیز دارد