



# اسناد و مدارک مناقصه

## بیمه نامه تکمیل درمان شرکت سیمان اصفهان

### سال ۱۴۰۴

#### مدت انجام موضوع مناقصه:

از تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ لغایت ۱۴۰۵/۰۶/۳۱ بمدت یک سال شمسی می باشد.

#### اسناد و مدارک مورد نیاز در مناقصه:

(۱) بیمه گذار در رد یا قبول هر یک از پیشنهادهای ارائه شده مختار است. برندگان اول و دوم مناقصه بر اساس آئین نامه معاملات شرکت و دیگر مقررات و حسب نیاز تجزیه بهای ارائه شده توسط پیشنهاد دهنده، تعیین می شوند.

(۲) شرکت سیمان اصفهان در انتخاب شرکت بیمه گر و همچنین واگذاری صدور بیمه نامه برای تمامی موارد بصورت تجمیعی و یا جداگانه مختار خواهد بود.

(۳) تمام اسناد مناقصه، باید به مهر و امضای مجاز تعهدآور پیشنهاد دهنده برسد و همراه با پیشنهاد قیمت حداکثر تا پایان ساعت اداری روز دوشنبه مورخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۷ تسلیم شود.

(۴) نشانی محل تسلیم پیشنهادهای: اصفهان، اتوبان ذوب آهن جاده شهر ابریشم خیابان توحید کارخانه سیمان اصفهان ساختمان اداری، واحد دبیر خانه  
تلفن: ۰۳۱-۳۷۸۸۵۱۰۰ و ۰۳۱-۳۷۸۸۵۲۰۰ فاکس: ۰۳۱-۳۷۸۸۵۴۵۴

(۵) چنانچه پاکت های پیشنهادی به هر دلیل و تحت هر عنوان، به غیر از دبیرخانه شرکت، به مراجع غیر ذیربط دیگر تسلیم و یا ارسال گردد، این امر به منزله عدم تحویل پیشنهاد تلقی خواهد شد و دستگاه مناقصه گذار هیچگونه مسئولیتی در این خصوص بعهده نخواهد داشت. لازم به ذکر است شرکت کننده در مناقصه پس از تحویل پاکتها به دبیر خانه رسید اخذ نماید.

(۶) پس از سپری شدن مهلت اخذ پاکت ها، پیشنهاد دیگری پذیرفته نخواهد شد.

(۷) به پیشنهادات ناقص، مشروط، مبهم و مخدوش ترتیب اثر داده نخواهد شد.

(۸) بیمه گر مکلف می باشد قبل از ارائه قیمت از شرایط و نحوه انجام کار بازدید نموده و با علم و اطلاع و آگاهی کامل از موضوع، نسبت به ارائه قیمت اقدام نماید.

#### شرایط مناقصه:

#### بیمه نامه تکمیل درمان شرکت سیمان اصفهان :

تعداد افراد شاغل در سیمان اصفهان و شرکت صفاهان حمایت با احتساب افراد تحت پوشش حدود ۱۵۰۰ نفر بوده که تعهدات مورد درخواست مطابق جدول زیر میباشد:

موارد قابل بحث در متن قرارداد :

۱- در صورت امکان حذف دوره انتظار زایمان و بیمارستانی

۲- پرداخت هزینه سونوگرافی مطب متخصص زنان

۳- پرداخت هزینه تستهای تخصصی زنان مانند تست پاپ و...

۴- پرداخت هزینه تستهای غربالگری و مارکرهای جنینی قبل از بارداری و حین بارداری

۵- پرداخت هزینه ای درمان ناشی از جنگ و بیماریهای فراگیر

کلیه مدارک مطالعه شد و مورد تایید می باشد

مهر و امضای شرکت بیمه گر



۶- اختیاری بودن ثبت نام اعضای خانواده

۷- حذف تعرفه علوم پزشکی در محاسبات هزینه ها

تذکر: اعلام قیمتها صرفا در فرم استعلام پذیرفته می باشد و میبایست تمامی صفحات توسط شرکت مربوطه مهر شده باشند.

(پرداخت حق بیمه بصورت اقساط ۱۲ ماهه خواهد بود)

ردیف	تعهدات بیمه گر	غیر شناور / ریال	شناور / ریال
۱	هزینه بستری، جراحی، اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شده در بیمارستان کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال و...	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	---
۲	جبران هزینه شیمی درمانی، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب و مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند کلیه، کبد، ریه، مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و مغز	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	---
۳	زایمان طبیعی و سزارین، نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی IVF و Zift و میکرواینجکشن	---	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه پاراکلینیکی گروه اول: رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، سونوگرافی متخصص زنان در مطب، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانسیتومتری هزینه پاراکلینیکی گروه دوم: انواع اندوسکوپی، کولونوسکوپی، رکتوسکوپی، خدمات تشخیصی قلب و عروق (الکترو کاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، پیس میکر، تیلت تست، EECF)، خدمات تشخیص تنفسی شامل (اسپیرومتری، PFT)، خدمات تشخیص الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV, EMG، الکترو انسفالوگرافی، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (اپتومتری، پریمتری، بیومتری و بنتاکم، انواع ادیومتری، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) هزینه اعمال مجاز جراحی سرپایی (شکستگی، در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسزایون لیپوم، بیوبسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، پانسمان آزمایشات تشخیصی، پاتولوژی، ژنتیک و تست آلرژی هزینه پاراکلینیکی گروه پنج: فیزیوتراپی، کار درمانی، گفتار درمانی هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم: تست غربالگری جنین (مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	---
۵	ویزیت و دارو و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (با داروهای آزاد، مکمل و ویتامین) ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (بدون داروهای آزاد، مکمل و ویتامین)	---
۶	تزریقات و سرم	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۷	جراحی رفع عیوب انکساری ۳ دیوپتر و بیشتر	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۸	دندانپزشکی و جراحی لثه (شناور تا دونفر)	---	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	عینک طبی و لنز تماسی	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	---
۱۰	آمبولانس برون و درون شهری	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	---
۱۱	جبران مازاد بر سقف تعهدات بیماران خاص	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	---
	مبلغ ماهانه برای هر نفر با فرانشیز صفر درصد / ریال		
	مبلغ ماهانه برای هر نفر با فرانشیز ۱۰ درصد / ریال		

کلیه مدارک مطالعه شد و مورد تایید می باشد

مهر و امضای شرکت بیمه گر



مشخصات کلی بیمه گر:

نام شرکت :	
نشانی قانونی و کد پستی :	
تلفن :	شماره ثبت : محل ثبت :
مدیر عامل : نمونه امضا :	رئیس شعبه : نمونه امضا :
تلفن همراه :	تلفن همراه :
موضوع فعالیت طبق اساسنامه :	

سوابق کاری شرکت کننده:

ردیف	شرح موضوع قرارداد	مبلغ	شروع	پایان	نام و شماره تماس مسئول مستقیم
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

کلیه مدارک مطالعه شد و مورد تایید می باشد  
مهر و امضای شرکت بیمه گر