



### استعلام بها

شهرداری نی ریز با توجه به درخواست شماره ۱۴۰۳/۵/۲۲۹۸ مورخ ۱۴۰۳/۰۷/۲۹ معاون توسعه مدیریت و منابع قصد دارد «بیمه تکمیل درمان پرسنل رسمی خود را طبق جدول پوشش هزینه ای پیوست» از طریق استعلام بها با شرایط ذیل انجام دهد، لذا از شرکتهای بیمه ای واجد شرایط دعوت به عمل می آید تا به واحد امور مالی شهرداری مراجعه و ضمن دریافت اسناد و مدارک استعلام بها، نسبت به تکمیل و ارائه آن در پاکت لاک و مهر شده به دبیرخانه شهرداری نی ریز اقدام نمایند.

ردیف	شرح خدمات	قیمت پیشنهادی به ازاء هر نفر	مبلغ پیشنهادی ماهیانه
۱	بیمه درمان تکمیلی تعداد تقریباً ۲۰۰ نفر		

### ب) شرایط عمومی

- ۱- شهرداری در رد یا قبول پیشنهادات مختار است و به پیشنهادهائی که بعد از مهلت مقرر در آگهی استعلام رسیده و یا مبهم و مخدوش باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- ۲- شرکت کنندگان می بایست جهت اخذ اسناد مذکور به امور مالی شهرداری مراجعه و پس از ارائه درخواست کتبی به همراه مدارک و رزومه شرکت نسبت به دریافت فرم پیشنهاد مربوطه اقدام نمایند.
- ۳- برنده استعلام بها مکلف به رعایت کلیه مفاد پیش نویس قرار داد که پیوست اسناد می باشد است و هیچگونه قصوری بعد از زمان ابلاغ و عقد قرار داد از ناحیه بیمه گریذیرفته نیست و وفق مواد قرارداد و آیین نامه مالی شهرداری اقدام می گردد.
- ۴- قیمت ها می بایست تا پایان مدت قرارداد اعتبار داشته باشند و هیچگونه افزایش قیمت و تعدیل آحاد بها به پیمان تعلق نمی گیرد.
- ۵- مدت زمان اجرای کار ۱۲ ماه می باشد که با رضایت طرفین قابل تمدید خواهد بود.
- ۶- مدت زمان لازم برای بررسی پیشنهاد قیمت و تشخیص برنده از تاریخ بازگشایی و قرائت پیشنهادها حداکثر ظرف مدت ۷ روز تعیین و پس از موافقت شهردار حداکثر ظرف ۵ روز به برنده استعلام بها ابلاغ می گردد.
- ۷- سند استعلام و مدارک پیوست آن می بایست توسط شرکت کنندگان مهر امضاء گردد.
- ۸- شرکت کنندگان می باست ظرف مدت ۵ روز پیشنهادات خود را به دبیرخانه شهرداری تحویل دهند.





ردیف	تعهدات	شرح تعهدات	مبلغ
۱	بستری	جبران هزینه های بستری-جراحی -آنژیوگرافی قلب -انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Daycare-تبصره : عمل هایی جراحی Daycare به جراحیهایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	عمل های جراحی تخصصی	جراحیهای تخصصی .هزینه جراحیهای تخصصی شامل شیمی درمانی _ رادیوتراپی _ اعمال جراحیهای مرتبط با سرطان - مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسکستون فقرات) _ گامانایف ، قلب _ پیوند ریه _ پیوند کلیه _ پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)	۷۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	زایمان	هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین (صرفاً با مجوز های مربوطه )	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱	انواع رادیوگرافی -آنژیوگرافی عروق محیطی- آنژیوگرافی چشم سونوگرافی ماموگرافی انواع اسکن ام آر ای -پزشکی هسته ای	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	پاراکلینیکی ۲	اندوسکوپی- خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل الکتروکاردیوگرافی ، اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ تست ورزش آنالیز ، پیس میکرEECP ، تیلت تست - خدمات تشخیص تنفسی شامل اسپیرومتر PFT خدمات تشخیصی و دینامیک نوار مثانه خدمات تشخیصی الکترو میلو گرافی هدایت عصبی - EMG-NCV الکتروانسفالو گرافی - خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم اپتومتری - پریمتری - بیومتری و پنتاکم - شنوایی سنجی	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	جراحیهای مجاز سرپایی	جراحیهای سرپایی اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگیها _ دررفتگی - گچ گیری _ ختنه _ بخیه- کرایوتراپی _ اکسیژون- لیوم -بیوسی -تخلیه کیست _ و لیزر درمانی	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	خدمات آزمایشگاه	ازمایشهای تشخیصی پزشکی -پاتولوژی _ ژنتیک پزشکی - تستهای آلرژیک -فیزیوتراپی- گفتار درمانی- کاردرمانی	۴۰/۰۰۰/۰۰۰
۸	عیوب انکساری	رفع عیوب انکسارلیلیزیک و جبران هزینه های جراحی مربوط	۶۰/۰۰۰/۰۰۰





	به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دور بینی آستیگمات یا با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم		
۳۰/۰۰۰/۰۰۰	ارائه پوشش هزینه های مربوط به ناباروری و نازایی	نازایی	۹
۱۰/۰۰۰/۰۰۰	امبولانس برون شهری مشروط به بستری شدن	امبولانس برون شهری	۱۰
۳۰/۰۰۰/۰۰۰	ویزیت دارد ویزیت پزشکان عمومی متخصص و فوق تخصص داروهای مجاز کشور خدمات اورژانس در موارد غیر بستری انواع تزریق سرم درمانی	ویزیت و دارو	۱۱
۷۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های کشیدن جرمگیری بروساز ترمیم پر کردن درمان ریشه و روکش با ارائه گرافی قبل و بعد درمان	دندانپزشکی	۱۲
۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	بیماریهای خاص به استثناء دارو	بیماریهای خاص	۱۳
۲۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه عینک طبی فقط به دستور پزشک متخصص	عینک	۱۴
۱۰/۰۰۰/۰۰۰	کالای پزشکی- (عصا -واکر-صندلی چرخدار-و سمعک ۲در ۲۰۰ کل اعضا	کالای پزشکی	۱۵

ا  
ب  
ج  
د  
ه  
و  
ز  
ح  
ط  
ی  
ک  
ل  
م  
ن  
س  
ع  
ف  
ق  
ک  
خ  
د  
ر

کت ..... فرزند / شماره ثبت ..... به کد ملی / شناسه ملی .....  
آدرس ..... تلفن ثابت ..... تلفن همراه .....  
در تاریخ ..... اعلام می‌نمایم که کلیه اسناد و مدارک بیمه درمانی تکمیلی  
پرسنل شهرداری طبق جدول پوشش هزینه ای پیوست را مطالعه نموده و هیچگونه ابهامی در اسناد و مدارک ندارم و  
قیمت پیشنهادی خود را جمعاً به مبلغ ..... ریال به عدد معادل ..... ریال به حروف اعلام می‌دارم.

باتشکر نام و نام خانوادگی

سجاد شاهسونی  
شهردار  
شهرداری نی ریز

محمد رضا خاک پور  
سرپرست امور مالی

استان فارس، شهرستان نی ریز  
خیابان آیتا... طالقانی (ره)  
۰۷۱-۵۳۳۰ ۲۰۳-۷۴۹۱۵  
۰۷۱-۵۳۸۳۰۵۳۳  
Info@neyriz.ir  
www.neyriz.ir

