

جدول تعهدات بیمه نامه تکمیلی درمان

ردیف	تعهدات	طرح یک فرائشیز ۱۰	طرح دو فرائشیز ۳۰
۱	<p>جبران هزینه‌های بستری در بیمارستان، جراحی در بیمارستان، مراکز جراحی محدود و CARE DAY، شیمی درمانی (تزریقی - خوراکی و بستری و سرپایی)، انواع آنژیوگرافی اعم از عروق قلبی، مغزی، و...، انواع سنگ شکن، جراحی دیسک ستون فقرات، پیوند قرنیه چشم، جراحی آندوسکوپیک (لاپراسکوپیک) بیماری اعصاب روان به استثنای جنون لیزر چشم، پروتز / اعمال جراحی CARE DAY به جراحی های اطلاق می شود که مدت زمان موردنیاز برای مراقبتهای بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد. جراحی فک و صورت (غیر زیبایی)، جراحی ترمیم سوختگی، آوزون تراپی (سرپایی و بستری) باطری قلب پارکینسون، پسیوریاژیس، بیماریهای نورویاتی، کتونومی، ایدز، صرع، جبران هزینه های کولیت معده و روده، رماتیسم، تالاسمی ماژور، قوز قرنیه، هزینه بیمار (زیر ۱۰ سال و بالای ۷۰ سال) کاشت حلزونی، بیماریهای خود ایمنی، بیماری صعب و عضله ALS-MLS (پلی میوزیت سندروم دوشن و...) جراحی به روش آندوسکوپیک، استراییسم درمان آب مروارید چشم و آب سیاه چشم توسط لیزر و سایر روش ها.</p>	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	<p>جبران هزینه جراحی تخصصی، جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثنای دیسک ستون فقرات) قلب، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان، گامانایف، پیوند چشم آنژیوپلاستی قلب و عروق و عروق داخل مغز، رادیوتراپی (بستری یا سرپایی بستری یا سرپایی روش مرسوم و نوین) هزینه کلیه بیماریهای خاص و صعب العلاج شامل هموفیلی، تالاسمی، دیالیز MS و ... به صورت خوراکی غیر خوراکی و تزریقی و تزریق سلول بنیادی بدون احتساب بند ۱.</p>	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	<p>جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین و زودرس، کورتاژ</p>	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	<p><u>جبران هزینه پاراکلینیکی نوع اول، نوع دوم، خدمات آزمایشگاهی، غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین، فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کار درمانی (هزینه های پاراکلینیکی در مطب و مراکز درمانی).</u></p> <p>پاراکلینیکی ۱ و ۲ انواع سونوگرافی و (NT-NB)، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپیک، ام آر آی (MRI)، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری کولونوسکوپیک پت اسکن دانسیتومتری، کوترپنتاکم پزشکی هسته ای (اسکن هسته ای درمان رادیوایزوتوپ) فوندوسکوپیک هیدرودرمی، انواع اکو، کولیوسکوپیک فیبر اسکن اکوداپلر مغزو... رادیولوژی، فیزیوتراپی و شامل کلیه کدهای فیزیوتراپی، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، نوار عصب (NCV)، شنوایی سنجی، انواع تست بینایی سنجی، گفتار درمانی، مشاوره روان درمانی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم، انواع اسکوپیک بایابدون بیهوشی انواع تزریقات آمپولهای عادی و تخصصی وصل سرم تونومتری نوار چشم کیسه مکستومی انواع تست به تشخیص پزشک معالج بدون محدودیت تست تیلت تست تعادل پیس میکر قلب تمپانومتری بادی باکس تست متاکولین، طب فیزیکی، پرتوپزشکی چشم و موارد مشمول آن، کانفو اسکن شنوایی سنجی انواع خدمات تشخیص گوش مگنت تراپی لیزر پرتوان و کم توان نور فیدبک تریک مغزی و نقشه مغز مانومتری. کلیه خدمات تشخیص درمانی پاراکلینیکی و سرپایی که در کتاب CPT قابل شمول و پرداخت میباشد.</p> <p>جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشات تشخیص پزشکی، پاتولوژی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، توان بخشی قلب نوار قلب، سرم تراپی نوار قلب جنین (NST)، ناهنجاری جفت جنین هزینه های تشخیص بیماریهای جنین (آزمایش، سونوگرافی، ناهنجاری وغربال گری جنین، تیروئید جنین و آمینو سنتز cell free dna، فریز اسپرم و جنین)، پاپ اسمیر. هزینه های کار درمانی و گفتار درمانی بازی درمانی.</p>	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰

۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های ویزیت و دارو: ویزیت کلیه افراد دارای مجوز اهم از پزشکان پیراپزشکان و کارشناسان دارای مدرک روانشناس قابل پرداخت میباشد (هزینه داروی درمانی شیمیایی - گیاهی خارجی و ایرانی که توسط پزشک معالج تجویز شده باشد با کسر ۱۰ درصد فرانشیز) *پرداخت هزینه داروی بدون در نظر گرفتن مشابه ایرانی آن و تحت ویا بدون تحت پوشش بیمه پایه صرفاً با دستور پزشک با تجویز پزشک با کسر فرانشیز ۱۰ قابل پرداخت میباشد. *پرداخت هزینه داروی تقویتی و مکمل که جنبه درمانی دارد در صورت تایید پزشک معتمد بیمه و تجویز پزشک متخصص قابل پرداخت میباشد. پرداخت هزینه داروی پوستی که فقط جنبه درمانی دارد و جنبه زیبایی نداشته در صورت تایید پزشک معتمد بیمه و تجویز پزشک متخصص قابل پرداخت میباشد. و خدمات اورژانسی در موارد غیر بستری و مشاوره و هزینه های مسمومیت (به استثناء مسمومیت دارویی و موارد مخدر) * (داروی آزاد(خارجی) که تحت پوشش بیمه پایه نیست با معادل خارجی قابل پرداخت میباشد.	۵
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های سربایی در مطب و مراکز درمانی اهم از شکستگی و دررفتگی، گچ گیری و بازکردن گچ(لوازم گچ گیری از جمله گچ باند و مورد مشابه) کشیدن پین ختنه، بخیه و کشیدن آن، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، لیزر درمانی، تخلیه کیست یا آبسه، لیزر درمانی اورژانس، تمپانومتري، تزریق دارو و مفصلی، تزریق ضایعه و پلاسماي خون اف ان ای تیروید و سینه شالازیون پانسمان، انواع تزریقات انواع شست و شوی گوش چشم معده و...، سوراخ کردن گوش، ECT، برداشتن میخچه زگیل و خال، فریز کردن خارج کردن جسم خارجی از بدن سرطان مثانه (BCG)، کایبرواتیک، اکوی چشم، اکو اسکن، توپوگرافی.	۶
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که درجه نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. برای دو چشم به ازای هر نفر تا سقف	۷
۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه عینک طبی و لنز تماس طبی به ازای هر نفر	۸
-----	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های دندانپزشکی (به استثنای هزینه های مربوط به اعمال زیبایی) که شامل خدمات کشیدن، جرم گیری بروساز، ترمیم و پرکردن، درمان ریشه و روکش و عصب کشی جراحی لثه جراحی نسج نرم وسخت، ایمپلنت و ارتودنسی دست دندان میباشد- (در صورت استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد جهت اطفال نیاز به ارائه گرافی نیست). (هزینه مربوط به بی هوشی کودکان در دندانپزشکی قابل پرداخت می باشد)	۹
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	آمبولانس داخل شهر و خارج شهر	۱۰
۱,۶۹۹,۰۰۰	۳,۳۷۰,۰۰۰	حق بیمه ماهانه هر نفر(ریال)	۱۱

جدول تعهدات بیمه عمر و حوادث گروهی برای تمامی اعضاء و افراد تحت تکفل

ردیف	پوشش	سقف تعهدات بیمه گر(ریال)
۱	فوت بر اثر مرگ طبیعی	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	فوت بر اثر حادثه	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	از کارافتادگی و یا نقص عضو	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
	حق بیمه سالانه هر نفر بدون احتساب مالیات	۲,۱۹۰,۰۰۰