

تعهدات پیشنهادی مربوط به بیمه های تکمیل درمان

ردیف	عنوان پوشش	شرح تعهدات	سقف تعهدات	فرانشیز
۱	بستری	جبران هزینه های بستری، جراحی عمومی و Daycare در بیمارستان یا مراکز درمانی محدود	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۲	جراحی خاص	جبران هزینه برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه پیوند مغز و استخوان و آنژیوپلاستی عروق کونتر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۳	آمبولانس درون شهری	آمبولانس درون شهری	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	
۴	آمبولانس برون شهری	آمبولانس برون شهری	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	
۵	زایمان طبیعی و سزارین	جبران هزینه های زایمان اعم از سزارین و طبیعی	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	
۶	نازایی و ناباروری	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط GIFT، ZIFT، IUI، میکرواینجکشن و IVF	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	
۷	پارا کلینیکی نوع اول	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	
۸	پارا کلینیکی نوع دوم	جبران هزینه انواع اندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلب و عروقی شامل الکتروکاردیوگرافی یا نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتریگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکرو، EECp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع آدیومتری)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	
۹	آزمایشگاه	جبران هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی (به استثنا چکاپ) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	

ردیف	عنوان پوشش	شرح تعهدات	سقف تعهدات	فرانشیز
۱۰	ناهنجاری های جنین	جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	
۱۱	فیزیوتراپی	جبران هزینه فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کار درمانی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	
۱۲	پاراکلینیکی نوع سوم	جبران هزینه اعمال جراحی سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی.	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	
۱۳	ویزیت و دارو	هزینه های ویزیت (طبق تعریفه بخش خصوصی)، دارو (شامل هزینه های مازاد بر سهم بیمه گر پایه به اضافه حق فنی داروخانه می باشد) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	
۱۴	رفع عیوب انکساری	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر دو چشم	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	
۱۵	اروتز و وسایل کمک توانبخشی	هزینه های اروتز بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر	۴,۰۰۰,۰۰۰	
۱۶	عینک	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی یا لنز طبی تماسی با تجویز چشم پزشک یا اپتومتریست	۵,۰۰۰,۰۰۰	
۱۷	دندان پزشکی	هزینه های دندان پزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان، ریشه، جرم گیری و پروساز، روکش و جراحی لته (به استثنا ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی و اعمال زیبایی)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	
		حق بیمه ماهانه (کل) با فرانشیز ۱۰ درصد	۲,۴۸۳,۰۰۰	
<p>نرخ و شرایط برای بیمه شدگان اصلی و افراد تحت تکفل تا سن ۶۰ سال تمام می باشد. لذا بیمه شدگان ۶۱ تا ۷۰ سال با ۵۰ درصد حق بیمه اضافی و بیمه شدگان بالای ۷۰ سال با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی تحت پوشش قرار خواهد گرفت.</p>				
<p>درصد حق بیمه پرداختی ماهانه جهت پرسنل ۴۰-۶۰٪ بیمارستان و ۴۰٪ پرسنل ( و جهت افراد تحت تکفل (پدر و مادر و همسر و فرزند) ۵۰-۵۰٪ می باشد.</p>				