

ردیف	شرح تعهدات بیمه درمان تکمیلی قرارداد سال ۱۴۰۴			سقف تعهدات (ریال)		
	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳			
۱	جبران هزینه های بستری جراحی(عمومی،تخصصی) و DAY CARE در بیمارستان و مراکز جراحی محدود ، هزینه همراه افراد زیر ۱۰سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها	بدون سقف	۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰		
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، شیمی درمانی، رادیوتراپی، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپالستی عروق کرونر و عروق داخل مغز،	بدون سقف	۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰		
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۳۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰		
۴	جبران هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جرای مرتبط، IVF، GIFT، ZIFT، IUI	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰		
۵	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع اول شامل : 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)، سنجش تراکم استخوان، دانسیتومتری	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰.۰۰۰		
۶	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع دوم شامل : انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپیرومتری (PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی ، ادیومتری	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰.۰۰۰		
۷	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع سوم شامل : جبران هزینه اعمال مجاز سربایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰.۰۰۰		
۸	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که برای هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد،	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰.۰۰۰		
۹	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تستهای آلرژیک، فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST) ، کار درمانی (OT) ، گفتار درمانی (ST) <u>(ارائه برگه رسید پوز بانکی پرداخت هزینه فیزیوتراپی الزامی می باشد)</u>	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰		
۱۰	جبران هزینه های ویزیت دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور و <u>صرفاً مازاد بر سهم بیمه</u> <u>گروه اول و خدمات اورژانس</u>	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰		
۱۱	جبران هزینه های سربایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه <u>(ارائه برگه رسید پوز بانکی پرداخت هزینه الزامی می باشد)</u>	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰		
۱۲	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک یا لنز تماسی طبی با تجویز پزشک متخصص چشم <u>(ارائه برگه رسید پوز بانکی پرداخت هزینه الزامی می باشد)</u> *پرداخت خسارت منوط به ارائه شماره عینک بالای ۵،۰ است	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰		
۱۳	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰		
۱۴	جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰		
۱۵	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰		
۱۶	هزینه تهیه اوروتز که بلا فاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه مورد استفاده قرار میگیرد	۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰		
۱۷	جبران هزینه های داروهای بیماری های خاص	از سقف پوشش اصلی بند ۱	از سقف پوشش اصلی بند ۱	از سقف پوشش اصلی بند ۱		
۱۸	جبران هزینه آمبولانس داخل شهر مشروط به بستری شدن بیمه شده طبق دستور پزشک معالج	بدون سقف	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰		
۱۹	جبران هزینه آمبولانس خارج شهر مشروط به بستری شدن بیمه شده طبق دستور پزشک معالج	بدون سقف	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰		

- فرانشیز کلیه بندها ۲۰٪ می باشد
- کلیه هزینه های درمانی طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت و درمان محاسبه و پرداخت می گردد