

تعهدات درمان (طرح ۲)

ردیف	عنوان پوشش	حداکثر تعهدات سالانه (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و day care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (اعمال جراحی day care به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد). هزینه همراه بیمه شدگان کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال.	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۲	جبران هزینه اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز و استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، شیمی درمانی، رادیوتراپی	۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۳	جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین)	۳۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	و جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF	
۵	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) دانسیتومتری	
۶	جبران هزینه انواع اندوسکوپی، خدمات تشخیص قلبی و عروق محیطی شامل انواع الکترو کاردیوگرافی، انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکرو، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیص تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیص الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (NCV، EMG)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیص یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیص پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۷	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	
۸	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشات تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
۹	جبران هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی	
۱۰	جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۱	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج. داخل شهری: بین شهری:	۱۰.۰۰۰.۰۰۰ ۱۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۳۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۳	هزینه 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 (برای دو چشم)	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
حق بیمه مکمل درمان برای هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ (به ریال)		

❖ قابل ذکر است:

- ۱- پیش بینی این سازمان جهت استفاده اعضاء و پرسنل از خدمات بیمه تکمیل درمان، حدوداً بین (۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰) نفر بوده و میانگین سن اعضاء درخواست کننده حدوداً ۳۸ سال می باشد. ضمناً این سازمان خواهان کمترین دوره انتظار در آیتام های دارای دوره انتظار می باشد.
- ۲- حضور نماینده بیمه مذکور حداقل یک روز در هفته با هماهنگی در محل سازمان جهت دریافت مدارک خسارتی بیمه شدگان الزامی می باشد.
- ۳- بیمه گر متعهد می گردد بعد از دریافت مدارک خسارت حداکثر تا ۷ روز کاری نسبت به پرداخت خسارت اقدام لازم را انجام دهد.
- ۴- فرانشیز در نظر گرفته شده ۳۰٪ می باشد.
- ۵- ارائه لیست طرفین قرارداد به روز شده درمان در سطح استان یزد باید به پیوست لیست قیمت ارائه گردد.
- ۶- برای متقاضیان جدید ورود ، تحت شرایط دوره‌ی انتظار قرار نمی گیرند.
- ۸- مهلت زمان تحویل مدارک خسارت به شرکت بیمه ۶ ماه از تاریخ فاکتور می باشد.



شماره: _____
تاریخ: _____
پوست: _____