

تعهدات بیمه تکمیل درمانی با فرانشیز ۱۰ درصد (شماره ۲۵) طرح ویژه

*در طرح ویژه افراد خانواده امکان بهره مندی از سهم یکدیگر را در پوشش دندانپزشکی، ویزیت و دارو، سمعک و عینک داشته باشند

ردیف	نوع تعهدات	مبلغ تعهدات (ریال)	عناوین تعهدات
۱	هزینه های بستری و اعمال جراحی در مراکز بیمارستانی و مراکز جراحی محدود و و داروهای نازایی، صعب العلاج، بیماریهای خاص، (به استثناء زایمان)	۳۵۰/۰۰۰/۰۰۰	شامل: آنژیوگرافی قلب آنژوپلاست، هزینه خرید استنت، هزینه عمل دیسک، ستون فقرات، شیمی درمانی، رادیو تراپی، و انواع سنگ شکن،
۲	جبران هزینه اعمال جراحی تخصصی و طب سوزنی، جبران هزینه های مربوط به اعضاء طبیعی بدن	۷۰۰/۰۰۰/۰۰۰	شامل: قلب - مغز و اعصاب (باستثناء، دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه و پیوند ریه و کبد و مغز استخوان می باشد سرطان، مغز و اعصاب و نخاع، گامانایف
۳	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین، هزینه درمان نازایی و ناباروری	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	شامل اعمال جراحی میکرواینجکشن و داروهای مربوطه
۴	پاراکلینیکی گروه الف	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	انواع اسکن - انواع سی تی اسکن -ماموگرافی -سونوگرافی -ام ار ای-انواع آندوسکوپی و آکو کاردیو گرافی استرس اکو و دانسیتو متری - سنجش تراکم استخوان - جراحی ناخن - تمپانومتري -نوردرومانی
۵	پاراکلینیکی گروه ب		شامل تست ورزش - نوار عضله - نوار عصب -نوار مغز - آنژیو گرافی چشم - تست آلرژی - تست تنفسی - نوار مثانه - شنوایی سنجی - بینایی سنجی و هولتر مانیتورینگ قلب - خدمات کاردرمانی - گفتار درمانی کا برو- پراکتیک - توپو گرافی - شارژ باطری قلب -مانتورینگ باطری قلب - ورزش درمانی - ارتوپدی
۶	پاراکلینیکی گروه ج		شامل آزمایش های تشخیص پزشکی - پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی و انواع رادیوگرافی - نوار قلب - فیزیوتراپی - پاپ اسمیر تست غربالگری، تست تنفسی اوره
۷	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی		مانند شکستگیها - گچ گیری - ختنه - بخیه کرایو تراپی - اکسیژون - لیپوم - تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم) بیوپسی - خدمات اورژانس - توپو گرافی - آتل
۸	لیزیک دو چشم	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	نقص بینایی (جمع قدر مطلق نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات) قبل از عمل می بایست ۳ دیو پتريا بیشتر باشد.
۹	هزینه ویزیت و داروهای بیمه ای و آزاد	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	-
۱۰	اروتر	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	-
۱۱	عینک - سمعک	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	-
۱۲	هزینه خدمات دندانپزشکی	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	شامل: خدمات کشیدن جرم گیری، بروساژ ترمیم، پرکردن ریشه و روکش، کاشت، جراحی لثه - ایمپلنت- ارتودنسی - دست دندان مصنوعی- کلیه خدمات دندان.
۱۳	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس داخل شهر	۵.۰۰۰.۰۰۰	و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می گردد.
۱۴	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس خارج از شهر	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می گردد.
۱۵	حق بیمه با ۲۵٪ مازاد بر تعرفه دندانپزشکی با فرانشیز ۱۰ درصد به ازاء هر نفر		
۱۶	حق بیمه با تعرفه با کسر فرانشیز ۱۰ درصد به ازاء هر نفر		

تعهدات بیمه تکمیل درمانی با فرانشیز ۱۰ درصد (شماره ۲۵) طرح ویژه