

شرایط بیمه تکمیل درمان - سازمان نظام مهندسی ساختمان استان یزد

مبلغ تعهدات سالیانه (پیشنهادی)	شرح تعهدات بیمه گر
۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (دوره انتظار ۳ ماهه)	۱- هزینه شش عمل اصلی اعمال جراحی مربوط به سرطان ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گاما نایف ، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان
۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (دوره انتظار ۳ ماهه)	۲- جبران هزینه های بستری ، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی) ، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و duy carc (پائینتر از ۶ ساعت بستری)
۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰ (دوره انتظار ۶ ماهه)	۳- هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین (حداکثر برای سه فرزند) و کورتاژ و نازایی
۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۴- هزینه پاراکلینیکی شامل انواع سونوگرافی (NB، NT، ...) ، ماموگرافی، انواع اسکن ، انواع آندوسکوپی ، ام آر آی ، اکوکاردیوگرافی، استرس اکوو داسیتومتری ۵- هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، انواع تست تنفسی (انواع نوار عضله (EMG) نوار عصب (NCV) نوار مغز (EEG) نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی، آنژیوگرافی چشم و هولترمانیتورینگ قلب ۶- هزینه جراحیهای مجاز سرپایی شامل، شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی
۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷- هزینه رفع عیوب انکساری دید دو چشم (با نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر) برای هر چشم نصف سقف مندرج جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیکی بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای هر فرد بیمه شده
۲۲.۰۰۰.۰۰۰	۸- هزینه مربوط به خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ) شامل: آزمایشهای تشخیص پزشکی پاتالوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی و ناهنجاری جنین
۲۵.۰۰۰.۰۰۰	۹- جبران هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهمیه بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری
۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج
۸.۰۰۰.۰۰۰	داخل شهری بین شهری

۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۱-هزینه دندانپزشکی
۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۲-هزینه مربوط به عینک طبی و خرید لنز طبی
۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۳- جبران هزینه های غربالگری جنین
	مبلغ حق بیمه ماهیانه

* حق فرانشیز ۱۰٪ می باشد.

* تا ۵ نفر با معرفی سازمان تا دو برابر سقف بستری و جراحی تحت پوشش باشد.

* در خصوص هزینه های پر کردن تا سه دندان نیاز به عکس قبل و بعد از دندان نباشد و در خصوص سایر هزینه ها عصب کشی و روکش و غیره صرفاً عکس بعد ملاک پرداخت خسارت قرار گیرد و نیازی به مراجعه به پزشک معتمد و غیره نباشد.

* هزینه خرید عینک بدون نیاز به تایید پزشک معتمد پرداخت گردد.

* در صورت درخواست سازمان ثبت نام افراد متقاضی جا مانده در ثبت نام اولیه انجام پذیرد.

* حضور حداقل دو روز در هفته کارشناس بیمه جهت جمع آوری خسارت ها و پاسخگویی به مهندسين

* حداکثر زمان پرداخت خسارت بیمه شدگان هفت روز کاری از زمان تحویل مدارک خسارت می باشد.

* قابل ذکر است: پیش بینی این سازمان جهت استفاده اعضاء و پرسنل از خدمات بیمه تکمیل درمان، بالای ۱۰۰۰ 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.