

تعهدات درمان (طرح ۱)

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.	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
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	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۳	جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین)	۴۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	و جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IVF، GIFT، ZIFT، IUI، 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 (NVC، EMG)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیص یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیص پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) + RTMS	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۷	جبران هزینه اعمال مجاز سربایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	
۸	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشات تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۹	جبران هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی	
۱۰	جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
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:	۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ۳۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری و داروهای خارجی + پرداخت ویزیت مشاوره پزشکی، ویزیت همراه خدمت	۶۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۳	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست.	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۴	جبران هزینه های سربایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (ایمپلنت و ارتودنسی) و دندان مصنوعی	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۵	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) + لایزیک + فمتولیزیک	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۶	پرداخت هزینه سمعک	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
حق بیمه مکمل درمان برای هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ ماهیانه ۱۶/۸۰۰/۰۰۰ ریال می باشد .		

شرایط مورد درخواست در بیمه نامه درمان گروهی:

- هر یک از بیمه شوندگان در انتخاب طرح ۱ و ۲ مخیر می باشند.
- ارائه خدمات خسارت درمان به صورت الکترونیک (سامانه‌ای) انجام خواهد شد.
- حذف فیزیکی مدارک خسارت درمان تا سقف ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ارائه پوشش هزینه های دندانپزشکی به صورت شناور برای یک نفر
- حضور یک نفر به صورت تمام وقت در محل سازمان جهت جمع آوری و پاسخگویی به سوالات بیمه شدگان الزامی می باشد.