جدول تعهدات بیمه تکمیلی درمان در سال 1399 جهت هر نفر

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | شرح تعهدات | حداکثر سقف تعهدات به ریال | فرانشیز سهم بیمار |
| 1 | تأمین هزینه های بیمارستانی شامل :جراحی عمومی ، سیتی آنزیو، سنگ شکن کلیه، آنزیوگرافی قلب، درمان طبی، شیمی درمانی ( اعم از بستری، سرپایی و هزینه های دارویی)، رادیوتراپی، دیسک ستون فقرات ، تعویض مفصل زانو و لگن  | 350،000،000 | 0 |
| 2 | جبران هزینه اعمال جراحی مغز و اعصاب (به استثنای ستون فقرات)، قلب باز، پیوند کلیه، پیوند قرنیه چشم، رینوکتومی و دکرلمان ریتن، پیوند ریه، پیوند کبد، مغز استخوان با احتساب بند یک  | 500،000،000 | 0 |
| 3 | جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم (3 دپوپتر یا بیشتر) | 25،000،000 | 0 |
| 4 | جبران هزینه های درمان نازایی برای زوجین شامل لاپاراسکوپی، تشخیص درمان **GIFT - ZIFT - IUI - IVF** و هزینه های دارویی آن ، کورتاژتشخیصی | 90،000،000 | 0 |
| 5 | جبران فرانشیز هزینه های داروهای خاص بیماران MS و پیوندی | 140،000،000 | 0 |
| 6 | جبران هزینه آمبولانس در داخل شهر | 10،000،000 | 0 |
| 7 | جبران هزینه آمبولانس در خارج از شهر | 30،000،000 | 0 |
| 8 | جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین | 60،000،000 | 0 |
| 9 | جبران هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی شامل آزمایشگاه، پاتولوژی، ژنتیک، پزشکی هسته ای، سونوگرافی، ماموگرافی، رادیولوژی، انواع اسکن، آندوسکپی، **MRI**، ام آرآنژیو، اکوکاردیوگرافی، سونوداپلر، فیزیوتراپی، لیزرتراپی، کایروپراکتیک ، تست ورزش، نوار عصب و عضله، نوار مغز، نوار قلب، نوار سنجش استخوان، نوار مثانه، شکستگی ها، کچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیزیون لیپون، تخلیه کیست، لیزر درمانی(به غیر از زیبایی) بیوپسی، اسپیرومتری، تست آلرژی، کلونوسکوپی، پریمتری، اکوی چشم، آنژیوگرافی چشم ، **OCT** ، تمپاتومتری، ادیومتری، هولترما نیتورینگ، اپتومتری، تزریق داخل ضایعه و داخل مفاصل، کوتر، شستشوی گوش، خارج کردن جسم خارجی ، توپوگرافی، گفتار درمانی،کاردرمانی، صوت درمانی، تعیین میزان بینایی، بیوپسی تیروئید و سینه، سرم تراپی، خدمات اورژانس و تست خواب | 60،000،000 | 10% |
| 10 | هزینه پرداخت عینک طبی هر دوسال یک بار | 4،000،000 | 0 |
| 11 | هزینه پرداخت سمعک پس از دریافت سهم بیمه پایه هر دوسال یک بار | 10،000،000 | 0 |

تذکرات :

1ـ هزینه های درمان تکمیلی بر اساس مابه التفاوت دفترچه بیمه خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی می باشد . در صورت عدم استفاده از دفترچه بیمه 30% فرانشیز کسر خواهد شد .

2ـ مواردی که مشمول قرارداد نمی باشد شامل : اتاق خصوصی، همراه (به استثنای افراد زیر 5 سال و بالای 70 سال) ، ویزیت، مشاوره، دارو، دندانپزشکی، لوازم و تجهیزات طبی و پزشکی، لباس ، تشکیل پرونده، تفاوت غذا، لوازم بهداشتی و کلیه هزینه هایی که در تعهد دفترچه درمانی نباشد در تعهدات صندوق درمان نمی باشد .

3ـ سرانه حق بیمه جهت شاغلین سازمان 500،000 ریال به ازاء هر نفر می باشد و در هر ماه کسر خواهد شد .

4ـ سرانه حق بیمه جهت بازنشستگان عضو آتیه سازان 100،000 ریال و فرزندان غیر عضو آتیه سازان 500،000 ریال به ازاء هر نفر می باشد و در هر ماه کسر خواهد شد .

 مدارک لازم جهت دریافت هزینه های پاراکیلینیکی

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان | مدرک مورد نیاز | گواهی | رونوشت |
| 1 | سونوگرافی | دستور پزشک | پرداخت وجه | ـ |
| 2 | رادیوگرافی | دستور پزشک | پرداخت وجه | ـ |
| 3 | آزمایشگاه | دستور پزشک | پرداخت وجه | ـ |
| 4 | نوار قلب | دستور پزشک | پرداخت وجه | ـ |
| 5 | پاتولوژی | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 6 | سونو داپلر | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 7 | سو نو سه بعدی | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 8 | **MRI** | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 9 | انواع اسکن | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 10 | اندوسکپی | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 11 | اکوقلب | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 12 | ماموگرافی | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 13 | اسپیرومتری | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 14 | نوار عصب و عضله | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 15 | نوار سنجش استخوان | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 16 | تست ورزش | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 17 | نوارمغز | دستور پزشک | پرداخت وجه | کپی جواب |
| 18 | شکستگی ها | دستور پزشک | پرداخت وجه | جواب رادیولوژی |
| 19 | فیزیوتراپی و لیزر | دستور پزشک | پرداخت وجه | کارت جلسات |
| 20 | نمونه برداری | دستور پزشک | پرداخت وجه | گزارش پاتولوژی |
| 21 | عینک | دستور پزشک | پرداخت وجه | ـ |
| 22 | سمعک | دستور پزشک | پرداخت وجه | تست شنوایی |

الف ـ هزینه های بستری

ـ اصل صورت حساب بیمارستان

ـ فتوکپی برابر اصل خلاصه پرونده بیمار

ـ ریز دارو و لوازم مصرفی

ب ـ هزینه های جراحی و سزارین

ـ اصل صورت حساب بیمارستان

ـ فتوکپی برابر اصل شرح عمل

ـ فتوکپی برابر اصل شرح بیهوشی

ـ درصورت خرید پروتز های داخل بدن از طریق شرکت، فاکتور خرید توسط پزشک جراح و اتاق عمل بیمارستان و کارشناس بیمه تأیید گردد.

ـ ریز دارو و لوازم مصرفی

ج ـ هزینه های لیزیک چشم

ـ اصل صورت حساب بیمارستان

ـ تأییدیه پزشک متخصص با قید شماره چشم

ـ گزارش دستگاه لیزیک قبل از عمل

تذکر:

درتمامی موارد فوق کپی صفحه اول دفترچه بیمار لازم می باشد .