**جدول تعهدات بیمه تکمیل درمان سال 98-97**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | توضیحات | (به ريال براي هرنفر ) | فرانشیز |
| 1 | هزینه‌های بيمارستاني ( جراحي عمومي )-هزينه هاي بستری ، جراحی- شیمی درمانی (بستری و سرپایی)- رادیوتراپی- آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره : اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعداز عمل در مراکز درمانی،کمترازیک روزباشد.هزینه همراه افرادزیر7سال وبالاتراز70سال دربیمارستانها به جز زایمان | 000/000/200 | 10% |
| 2 | جراحي هاي تخصصي ( شش عمل اصلي ) - هزینه اعمال جراحی اصلی – مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ( به استثنای دیسک ستون فقرات) گامانایف قلب –پیوند ریه – پیوند کبد – پیوند کلیه – پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان ( با احتساب بند 1 ) | 000/000/400 | 10% |
| 3 | هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین | 000/000/35 | 10% |
| 4 | پاراکلینیکی 1 شامل : انواع سونوگرافی – ماموگرافی – انواع اسکن –آندوسکوپی –رادیوگرافی-رادیوتراپی-ام آر آی-آنژیو-اسکن قلب-اکوکاردیوگرافی-استرس اکو-دانسیتومتری-انواع تست-پزشکی هسته ای-سنجش تراکم استخوان-سونوگرافی3بعدی خدمات مکمل در اقدامات تشخیص پزشکی هسته ای-FNA تیروئید و سینه-انواع آنژیوگرافی ( به جز چشم و قلب ) | 000/000/16 | 10% |
| 5 | پاراكلينيكي 2 شامل : هزینه های مربوط به تست ورزش – تست آلرژی – تست تنفسی (اسپیرومتریPFT ) – نوارعضله(EMG)- نوار مثانه(سیستومتری یاسیستوگرام)– نوارعصب (NCV) – نوار مغز (NCV) – نوارمغز ((EEG – شنوایی سنجی – بینایی سنجی - آنژیوگرافی چشم و هولترمانیتورینگ قلب | 000/000/10 | 10% |
| 6 | جراحی های مجاز سرپایی شامل : شکستگی و دررفتگی – گچ گیری – ختنه – بخیه – کرایوتراپی – اکسیزیون لیپوم – بیوپسی – تخلیه کیست و لیزر درمانی ( به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم ) | 000/000/10 | 10% |
| 7 | هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج | 000/800 | 10% |
| 8 | هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج | 000/300/1 | 10% |
| 9 | هزینه های دندانپزشکی شامل هزینه های مربوط به کشیدن، پرکردن، روکش، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، درمان ریشه، (ارتودنسی ، ایمپلنت ، دست دندان مصنوعی)**(1)**هزينه هاي دندانپزشكي براساس تعرفه اي محاسبه مي شود كه ساليانه سنديكاي بيمه گران ايران با هماهنگي شركت بيمه تنظيم و به شركت هاي بيمه ابلاغ مي كند. | 000/000/20 | 10% |
| 10 | جبران هزینه های مربوط به خرید انواع عینک، لنز و عدسی ( هر دو سال یکبار ) | 000/000/4 | 10% |
| 11 | هزينه هاي درمان نازايي و ناباروري ( هزينه هاي تشخيصي ، درماني و دارويي ) و اعمال جراحي IVF ، ميكرواينجكشن و GIFT ، ZIFT ، IUI مرتبط | 000/000/30 | 10% |
| 12 | هزینه خدمات آزمایشگاهی شامل کلیه آزمایش های تشخیص پزشکی، بیماری ها و ناهنجاریهای جنین – پاتولوؤی – آسیب شناسی-غربالگری-ژنتیک پزشکی-انواع رادیوگرافی- نوار قلب و فیزیوتراپی | 000/000/15 | 10% |
| 13 | جبران هزینه های انواع ویزیت ( طبق تعرفه وزارت بهداشت )، خدمات اورژانس در موارد غیربستری، تزریق و سرم تراپی و دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور (صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول ) | 000/500/7 | 10% |
| 14 | لیزیک هر چشم ( راست و چپ ) و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی آستیگمات یا با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد . | 000/000/20 | 10% |
| **\* سمعک برای سه نفر در طول سال با معرفی بیمه گذار به میزان 000/000/3 ریال****(1) ارتودنسی و ایمپلنت و دست دندان مصنوعی را فقط 10 درصد بیمه شدگان میتوانند استفاده نمایند.** |