

تعهدات بیمه درمان تکمیلی جامعه پزشکان "۱۴۰۳-۱۴۰۲"
تاریخ قرارداد ۱۴۰۳/۰۵/۰۱ الی ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

ردیف	عنوان پوشش	تعهدات (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری- جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود آرتیوگرافی قلب، دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن (هزینه های بستری مربوط به بیماری کرونا)، شیمی درمانی، رادیوتراپی، جراحی مرتبط با سرطان، اعصاب مرکزی و نخاع، آرتیوپلاستی و عروق کرونر و عروق داخلی مغز، کامانایف	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثنای دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند کلیه، پیوند ریه، پیوند کبد و پیوند مغز استخوان	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	تامین هزینه های زایمان، سزارین، طبیعی و کورتاز و سقط جنین کلیه هزینه های درمان نازایی و ناباروری و دارو، لاپاراسکوپی، IVF, IVIG, ITSC, ZIFT, GIFT, IUI و میکروانجکشن مجموعاً "	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات، با مجموع نقص قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه شامل انواع سینی اسکن، ماموگرافی و انواع سونوگرافی و سونوگرافی در مطب، سونوگرافی ۳بعدی، انواع رادیولوژی (رنکی و سیاه و سفید) انواع ام آر آی، انواع آندوسکوپی، کلونوسکوپی، نمونه برداری، انواع اکو و اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، تست استرس، آرتیوگرافی چشم، هولتر مانیورینگ قلب، هولتر فشار خون، هولترینگ کایروپراکتیک، OCT، ام آر آی، دانسیتو متری	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
	جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، اکو قلب، نوار عضله، نوار بینایی سنجی، سنجش تراکم استخوان، عکس CDX چشم، توبوگرافی چشم، کالکس پنتاکم، CBCT, OPG، باز توانی قلب، تیلت، اتومتری، جرم گیری گوش، ادیومتری، انواع تست های شنوایی سنجی، تست NST بدون محدودیت، سونوگرافی داپلر رنگی، TCD، کاردیومانی، گفتار درمانی، داپلر عروق مغزی، dVIG، نوار عصب نوار عضله کلیه اعضای بدن، نوار قلب، نوار مغز، آرتیوگرافی چشم، EEG، تست قند، نوار تست قند، سوزن قند خون، فیزیوتراپی، شاک وی (نوار مثانه)، سیستومتری یا سیستوگرام (سیستوسکوپی، نوار عضله، انواع لیزر تراپی	
	تامین جراحی های سرپایی و بدون بستری مانند شکستگی ها، در رفتگی ها، گچ گیری، آتل، اسکن سه بعدی کف پا، کفی طبی و کفش طبی، کمربند طبی، ختنه، بخیه، گرایو تراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست، تزییقات تخصصی و داخل مفصلی، کشیدن ناخن، پانسمان در موارد خاص، کیست چربی، لیزر درمانی، خارج کردن غدد چربی (لیپوم) برداشت زگیل، اکسیژن، خارج کردن جسم خارجی، نوروفیدبک، پیس میکروآنالیز قلب، تست اکسیژن خون، پالس اکسی متری، خدمات تشخیصی و پزشکی چشم اپتومتری، پریمتری، بیومتری و سرم تراپی	
۶	جبران هزینه انواع آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل باتولوژی و ژنتیک پزشکی و آزمایش کرونا در سقف بند بار اکلیتی جمعا" بمبلغ	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه های غربالگری جنین شامل مارکر های جنینی و ناهنجاریهای جنین در سقف بند بار اکلیتی جمعا" بمبلغ	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه کار درمانی، گفتار درمانی، کایروپراکتیک و فیزیوتراپی در سقف بند بار اکلیتی جمعا" بمبلغ <u>(ارائه قبض دستگاه pos برای دریافت خدمات فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی الزامی می باشد)</u>	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	پوشش ویزیت و دارو و مشاور و خدمات اورژانس بدون بستری جبران هزینه دندانپزشکی به کلیه بیمه شدگان (باستثنای والدین) شامل عصب کشی، پر کردن، و روکش، کشیدن دندان و جرم گیری برای هر نفر (ارتودنسی و ایمپلنت جز تعهدات نمی باشد) (بر پرداخت هزینه ها بر اساس تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران ایران میباشد) تامین هزینه عینک و لنز طبی برای هر نفر <u>(ارائه قبض دستگاه pos برای دریافت هزینه عینک و لنز طبی، دندانپزشکی و دارو الزامی می باشد)</u>	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر به مشروط به بستری شدن	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های آمبولانس بین شهری مشروط به بستری شدن	۱۵,۰۰۰,۰۰۰

فرانشیز کلیه موارد ۱۰٪ می باشد.

مبلغ حق بیمه برای یکسال (بر حسب ریال)

مبلغ حق بیمه برای یکسال (ریال)			شرح / طرح
۷۱ سال به بالا	۶۱ تا ۷۰ سال	تا ۶۰ سال	شرح
۸۸,۰۰۰,۰۰۰	۶۶,۴۰۰,۰۰۰	۴۴,۸۰۰,۰۰۰	حق بیمه نفر اصلی
۸۶,۴۰۰,۰۰۰	۶۴,۸۰۰,۰۰۰	۴۳,۲۰,۰۰۰	حق بیمه سایر نفرات

مدارک مورد نیاز ثبت نام

ارایه اصل و تصویر کارت نظام پزشکی در زمان ثبت نام و دریافت خدمات و کپی صفحه اول دفترچه بیمه مرتبط با بیمه گذار برای کلیه کارکنان و کارمندان الزامی می باشد. ۲ - کپی کارت ملی و شناسنامه نفر اصلی + کپی کارت ملی و شناسنامه نفرات تحت تکفل، ۳ - یک قطعه عکس ۴*۳ نفر اصلی، ۴ - شماره شبنا حساب نفر اصلی (جهت واریز هزینه های درمان)، ۵ - کپی کارت دانشجویی برای پسران تحت تکفل بالای ۱۸ سال تا ۲۲ سال و برای دانشجویان پزشکی تا ۲۵ سال

• دوره انتظار نفرات جدید برای بند زایمان ۹ ماه و برای بیماری های فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیستریکتومی، سیتوسل و رکتوسل، جراحی کلیه، ماستوئید کتومی کاتراکت، جراحی های قلبی و عروقی، دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری شدن در بخش CCU و ICU گردد به تأیید پزشک معتمد بیمه گر) ۳ ماه می باشد