

به نام خدا

جدول تعهدات بیمه درمان تکمیلی سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲

ردیف	شرح تعهدات بیمه گر (بیمه معلم)	سقف تعهدات (مبالغ به ریال)
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی خوراکی و تزریقی، رادیوتراپی، آنژیو گرافی قلب، گامانایف، NICU نوزادان و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و day care و دیسک ستون فقرات به همراه تجهیزات مورد نیاز کلیه موارد، جبران هزینه های لیزر درمانی در حین عمل بستری بیمار، کلیه بیماریهای اعصاب و روان، بیماری های خاص و صعب العلاج و (ایدز، تحلیل عضلات، نقص سیستم ایمنی بدن، هپاتیت B و C، لوپوس)، جبران هزینه تجهیزات و لوازم استفاده شده در عمل جراحی مانند استنت، پیس میکر، انواع پروتز و لنزهای داخل چشمی در اعمال جراحی مانند کاتاراکت و سایر اعمال چشم	۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰
۲	افزایش سقف تعهدات اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات)، و گامانایف، قلب، پیوند ریه، کبد، کلیه و مغز و استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)، خرید اعضای پیوندی و بیماریهای روماتیسمی (لوپوس)، آرتريت روماتوئید فتیل کتولوری P.K.U به همراه تجهیزات مورد نیاز کلیه موارد.	۱۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین و نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IVF، IUI، ITSC، ZIF، GIFT، میکرواینجکشن و IVF، داروها و آزمایشات مرتبط با ناباروری، کورتاژ تشخیصی درمانی، لنفوسیت تراپی.	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰
۴	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن و انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو و دانسیتومتری، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ). تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفس (اسپیرومتری)، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز (الکتروانسفالوگرافی)، نوار مثانه، شنوائی سنجی، بینایی سنجی (اپتومتری)، هولترمانیتورینگ قلب و فشار، آنژیوگرافی چشم، الکتروکاردیوگرافی، الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، جبران، هزینه جراحی های مجاز سرپایی، مانند شکستگی، گچ گیری، بخیه، ختنه، کرایو تراپی، اکسیژن لیووم، بیوپسی، کار درمانی، گفتار درمانی، نوروفیدبک و بیوفیدبک و کاردرمانی ذهنی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (الکترو کوتر، در رفتگی، اتل گذاری، کشیدن ناخن، برداشتن میخچه و زگیل، شکافتن آبسه کف دهان، شستشوی گوش، ناخنک چشم، جبران کلیه خدمات آزمایشگاهی (به استثناء چکاپ پزشکی) پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، نوار قلب، جبران هزینه مربوط به آزمایشات ناهنجاری های جنین، نمونه گیری آمینو سنتز، آزمایش آمینوسنتز، نوار قلب و اکو جنین، آزمایش آنالیز اسپرم، پانسمان. باز کردن بخیه و گچ، سونوگرافی مربوط به غربالگری و ناهنجاری های جنین، سونوگرافی مغز نوزاد، سونوگرافی بیوفیزیکال، رفراکشن چشم، فیزیوتراپی، سنجش تراکم استخوان، رادیولوژی، انواع رادیوگرافی، تست خواب، OPG و کاپروپرکتیک. تیلت تست، سیتی آنژیو، آنژیوگرافی عروق محیطی، کولونوسکوپی، انواع اسکوپ ها، آنالیز پیس میکر، EECF، واکسن آلرژی، نوار چشم، تست متابولینگ، توپوگرافی چشم، اسکن کانفوکال، اکو چشم، تزریقات تخصصی، تزریق داخل ضایعه و مفصل، مگنت تراپی، کاشت حلزون، گل مژه، رکتوسکوپی، درمان خونریزی بینی، انواع نمونه برداری، برداشت ضایعات پوستی، خارج کردن هرگونه جسم خارجی از بدن، سونداز، طب سوزنی، مانوور تراپی دستی، لیزر پرتوان و اوزون تراپی	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰
۵	جبران هزینه عینک (فرم و شیشه) و لنز طبی (همراه با ارائه دستور پزشک متخصص مربوطه یا اپتومتری به همراه برگه کامپیوتری قابل پرداخت می باشد).	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰
۶	جبران هزینه رفع عیوب انکساری برای هر دو چشم که می بایست هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰
۷	جبران هزینه های دندانپزشکی شامل پرکردن عصب کشی، کشیدن، جرمگیری، بروساژ، ارتودنسی، ایمپلنت و فول دنچر (دست دندان)، جراحی لثه، پریو، بریج، کانال تراپی، ترمیمی، اطفال و خدمات دندان پزشکی به همراه بیهوشی به شرط انجام در بیمارستان (چارت بیهوشی) و کلینیک های مجهز. (طرح شناور برای اعضای خانواده) برابر فاکتور تایید شده توسط پزشک مربوطه، خسارت بدون اعمال تعرفه پرداخت می گردد.	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰
۸	جبران هزینه ویزیت (طبق آخرین تعرفه های وزارت بهداشت) و نسخ دارو (اعم از ایرانی، خارجی، مکمل، داروهای گیاهی معتبر و داروهای درمان پوست و مو (هزینه های خارجی معادل ایرانی)) به همراه تزریقات، سرم، مشاوره روانشناسی و سایر مشاوره ها و خدمات اورژانس و در موارد غیر بستری، ویزیت دندان پزشکی، مشاوره درمانی و قلب و بیهوشی و پرداخت ویزیت دکتر تغذیه	۲۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰
۹	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی در داخل شهر. (از بیمارستانی به بیمارستان دیگر و حمل در طول مدت قرارداد برای افراد با بیماری و شرایط خاص از بیمارستان به منزل) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی بین شهری. (از بیمارستانی به بیمارستان دیگر و حمل در طول مدت قرارداد برای افراد با بیماری و شرایط خاص از بیمارستان به منزل)	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰
	حق بیمه ماهانه هر نفر با اعمال ۱۰ درصد فرانشیز در کلیه بندها	۲.۴۵۰.۰۰۰۰