

تعداد بیماران

۹۴-۹۵

ردیف	عنوان پوشش	واحد	مبلغ تعهد سالیانه (ریال)	فرانشیز (درصد)		
				قرارداد	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
۱	هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی (بستری و سرپایی) ، رادیوتراپی ، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن بریمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care تیصره : اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی ، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر 7 سال و بالاتر از 70 سال در بیمارستانها به جز زایمان	نفر	۵۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۲	هزینه اصل جراحی اصلی - مغزو اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، گامانایف قلب ، پیوند ریه ، پیوند کلیه ، پیوند معده استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند 1)	نفر	۱۰۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۳	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	نفر	۲۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۴	پاراکلینیکی شامل: سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع آندوسکوپی - ام آر آی - اکوکاردیوگرافی - استرس کرب - دانسیتمتری	نفر	۱۰۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۵	هزینه های مربوط به تست ورزش ، تست آلرژی ، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT) ، نوار عصب (EMG) ، نوار عصب (NCV) ، نوار مغز (EEG) ، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) ، شوای منجی ، بینایی منجی ، آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب	نفر	۲۵۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۶	جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و دررفتگی کج گیری - سخته - سنج - مکرر ایترابی - اکسیژن لیوم - بیوپسی - تخلیه کیست و لیتر درماتی (به استثنای رفع حیرب انکساری دید چشم)	نفر	۲۵۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۷	هزینه های آمبولاس داخل شیر و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۸۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۸	هزینه های آمبولاس خارج شیر و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۱۳۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۹	هزینه های دندان پزشکی (به استثناء هزینه های مربوط به ارتودنسی ، ایمپلنت ، نسد دندان و اعمال زیبایی) هزینه های دندان پزشکی بر اساس تعرفه ای مصوب می شود که سالیانه سندی کای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه ، تطبیق و به شرکت های بیمه ابلاغ می کنند.	نفر	۵۰۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۱۰	عینک طبی و لنز تماس طبی	نفر	۱۰۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۱۱	هزینه خدمات آزمایشگاهی (به استثنای چکنی و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، پتولوژی ، آسیب شدنی ، ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافی ، نوار قلب و ایتر تراپی	نفر	۲۰۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۱۲	لیزر یک چشم راست و چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع حیرب انکساری چشم در مرادی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گز درجه نزدیک بینی ، دور بینی ، استیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف استیگمات) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد .	نفر	۲۵۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۴۰
۱۳	لیزر یک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع حیرب انکساری چشم در مرادی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گز درجه نزدیک بینی ، دور بینی ، استیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف استیگمات) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد .	نفر	۲۵۰۰۰۰۰۰	۳۰	۳۰	۲۰

فرم سفارش

ردیف	کد ملی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	ش.ش	تاریخ تولد	شماره بیمه گر پایه	جنسیت	نسبت	تلفن همراه	شماره شبا	نام شرکت

لطفاً در محل Excel آید و فایده و انتخابی از آنج + CD مربوطه

را انتخابی عالیست خواهی شد