

جدول تعهدات بیمه تکمیل درمان سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ دانشگاه صنعتی اصفهان

ردیف	نام تعهد	توضیحات	طرح واحد
۱	هزینه های بیمارستانی(عمومی)	هزینه های بستری طبی و جراحی، انواع سنگ شکن در بیمارستان، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان بجز زایمان؛	۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	هزینه های بیمارستانی (تخصصی)	<ul style="list-style-type: none"> • پرداخت هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز • پرداخت کلیه هزینه های خدماتی، درمانی و دارویی(عمومی و تخصصی) بیماریهای خاص و صعب العلاج مانند: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، ام اس و ... به شرط داشتن کد بیماران خاص • پرداخت ما به التفاوت هزینه های تخت و اتاق خصوصی با تجویز پزشک متخصص 	۳,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	هزینه آمبولانس	هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی داخل و خارج از شهر، مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	زایمان	هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه های درمان نازایی و ناباروری	جبران هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی و اعمال جراحی مرتبط، IUI, ZIFT, GIFT, میکرواینجکشن، IVF و سایر خدمات ناباروری	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	پاراکلینیکی	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آرای، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانسیتومتری	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰
		جبران هزینه انواع آندوسکوپی، کلونوسکوپی، مانومتری، کورتاژ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، شستشوی گوش، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تلیت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل(اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی(نوارعصب (NVC)، نوارمغز (EEG)) و الکتروانسفالوگرافی(نوارعضله (EMG))، خدمات تشخیصی یورو دینامیک(نوار مئانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، استرس اکودانسیتومتری انواع آنژیوگرافی (بجز چشم و قلب)، شنوایی سنجی(انواع ادیومتری) و ...	
		هزینه های آندوسکوپی، سونوگرافی، اکو، تست ورزش، نوار مغز و عضله، کلونوسکوپی، مانومتری، کورتاژ و شستشوی گوش در مطب قابل پرداخت است.	
		<ul style="list-style-type: none"> • جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تستهای الژنیک (هزینه تست های تشخیص بیماری های همه گیر مانند کرونا و ... در صورت مثبت یا منفی بودن جواب با تجویز هر نوع پزشکی اعم از عمومی یا متخصص قابل پرداخت است) • جبران هزینه آزمایشهای IGM و IGG 	
		جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	
		جبران هزینه های فیزیوتراپی(PT)، مگنت تراپی، شاک ویوتراپی، کایرو پراکتیک، گفتار درمانی(ST)، کار درمانی(OT) و لیزر کم توان و پر توان و هزینه بیوفیدبک (تا ۲۰ جلسه بدون نیاز به تأیید پزشک معتمد)	
		جبران هزینه های بستری برای درمان بیماریهای روان پریش و مشاوره های بالینی(اعم از از ویزیت، دارو و حق مشاوره)	
		جبران هزینه تزریقات شامل(عضلانی، وریدی، مفصلی و سرم)	
		<ul style="list-style-type: none"> • جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی(در مطب) شامل: شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوسپی، تخلیه کیست و لیزر درمانی(به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم) • جبران هزینه هایی مانند برداشت لیپوم و کیست چربی، برداشت خال، ژیل و ... بدون نیاز به جواب پاتولوژی 	
		۷	
۸	دندانپزشکی	<ul style="list-style-type: none"> • جبران کلیه هزینه های(سرپایی یا بستری) دندانپزشکی و جراحی لته به صورت شناور (استفاده از سقف تعهدات سایر افراد خانواده) توضیح: در مراکز آنلاین، استفاده از سقف شناور با ارائه معرفی نامه کتبی از شرکت بیمه امکان پذیر می باشد. <p style="text-align: center;">شرایط :</p> <p>ارائه گرافی قبل و بعد برای پرداخت هزینه های عصب کشی الزامیست. برای پرداخت هزینه جراحی، گرافی قبل الزامیست.(هزینه های دندانپزشکی اطفال، با ارائه فوتوگرافی به جای گرافی قابل پرداخت است.)</p> <p>پرداخت هزینه های ترمیم دندان بیش از ۲ عدد، ایمپلنت (با ارائه گرافی قبل و بعد و ارایه CBCT)، ارتودنسی(با گزارش مرحله ای پزشک)، پروتز و دست دندان(پس از ساخت)، پلاک کروم کالت و پارسل آکریلی نیازمند تأیید دندانپزشک معتمد می باشد.</p>	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	لنز، عینک	• جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا انواع لنز تماسی طبی صرفاً با دستور پزشک یا مرکز بینایی سنجی با ارائه فاکتور رسمی و پرینت دستگاه پوز بانکی عینک ساز	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	رفع عیوب انکساری چشم	• لیزیک چشم و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم در صورتیکه درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیجمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.(هزینه برای هر دو چشم)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	سمعک	• جبران هزینه سمعک در صورت تجویز پزشک متخصص گوش	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	هزینه های داروی بیماریهای صعب العلاج	پوشش داروهای بیماری های خاص و صعب العلاج مطابق با مفاد بند ۶ جدول	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	تهیه اعضای طبیعی	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه پیشنهادی به ازای هر نفر ماهیانه با ۱۰٪ فرانشیز			
* مهر و امضای شرایط خصوصی و تعهدات اعلامی از سوی بیمه گر الزامی می باشد.			
* بیمه گذار با رعایت نرخ توافقی متعهد به تجمیع امور بیمه ای خود نزد بیمه گر می باشد.			

ریاست شعبه بیمه

نماینده مجری قرارداد.....