

نرخ و شرایط طرح های سه گانه بیمه درمان تکمیلی اعضا سازمان نظام دامپزشکی کشور

حداکثر تعهد سالانه			شرح تعهدات بیمه گر
طرح برنزی	طرح نقره ای	طرح طلایی	
نفر	نفر	نفر	
۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	۱ جبران هزینه های بستری جراحی و جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماریهای روان پریشی (اعصاب و روان)، داروهای بیماری های خاص و MS، در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود DAY Care
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲ جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتری یا بیشتر باشد. (برای دو چشم)
۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۳ جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری)
۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۴ جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج (بین شهری)
۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	۵ جبران هزینه های شیمی درمانی (داروهای خوراکی و تزریقی)، رادیو تراپی، 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 آنژیو پلاستی عروق کرونر و عروق داخلی مغز (با احتساب بند ۱)
۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	۶ جبران هزینه های پاراکلینیکی (۱) شامل انواع رادیو گرافی، آنژیو گرافی عروق محیطی، آنژیو گرافی چشم، سونو گرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانسیتومتری، کایروپراتیک، جبران هزینه های فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی، هزینه تشخیص بیماری و ناهنجاری های جنین، آمینوسنتز
			۷ جبران هزینه های پاراکلینیکی (۲) شامل انواع آندوسکوپی و کولونوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع EECF، الکترو کاردیو گرافی و، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر خدمات تشخیص الکترو میلو گرافی و، (PFT اسپیرومتری و) تیلت تست، خدمات تشخیص تنفسی شامل (اسپیرومتری delco , pft) خدمات تشخیص یورودینامیک (نوار EEG) الکترو انسفالوگرافی، (NCV EMG) هدایت عصبی مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، فوندوسکوپی، پنتاکم، پاکیمتری، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)، پاکیمتری، تست بادی باکس و متاکولین
			۸ جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء زیبایی)، تست پاپ اسمیر، انتروپیون (برگشتگی پلک به داخل)، برداشتن زگیل، میخچه، شست شوی گوش، تزریق بین مفاصل
۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۹ جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی (به استثناء چکاپ) تست های آلرژیک
۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰ IVF میکرو اینجکشن و ZIFIT, GIFT, IUI جبران هزینه های درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱ دندان جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به کلیه خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به استثناء اعمال زیبایی)
۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲ جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک ویا اپتومتریست
۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۳ جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	۱۴ حداکثر تعهدات گروه هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانسی در موارد غیر بستری
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵ جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶ جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۷ جبران هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر برای هرنفر تا مبلغ
۱.۸۰۰.۰۰۰	۲.۶۰۰.۰۰۰	۳.۸۲۰.۰۰۰	حق بیمه ماهانه با فرانشیز ۱۰٪ ریال
۲۱.۹۶۰.۰۰۰	۳۱.۲۰۰.۰۰۰	۴۵.۸۴۰.۰۰۰	حق بیمه سالانه با فرانشیز ۱۰٪ ریال