

تعهدات بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی شهریار، قدس و ملارد " ۱۴۰۰-۱۳۹۹ "

ردیف	عنوان پوشش	تعهدات (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثنای دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند کلیه، پیوند ریه، پیوند کبد و پیوند مغز استخوان	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۶۵,۰۰۰,۰۰۰
۴	جبران هزینه های نازائی و ناباروری از محل بند زایمان (بند ۳)	۶۵,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری به میزان ۳ دیوپتر یا بیشتر حداکثر برای هر دو چشم (هر چشم حداکثر ۵۰٪ تعهدات این بند)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر ای، اکوگرافی و رادیوتراپی جمعا" بمبلغ	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
	جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، آنژیوگرافی چشم و گفتار درمانی جمعا" بمبلغ	
	جبران هزینه های جراحی مجاز سرپایی شامل شکسته بندی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی جمعا" بمبلغ	
۷	خدمات آزمایشگاهی (آزمایش، پاتولوژی، انواع رادیولوژی، نوار قلب و فیزیوتراپی، آزمایش ژنتیک و ناهنجاری جنین) از محل بند	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه گفتار درمانی و کار درمانی (از محل بند پاراکلینیکی جمعا" بمبلغ	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه دندانپزشکی (به استثنای هزینه های مربوط به اعمال زیبایی و پوشش والدین) در قالب خانوار (پرداخت هزینه ها بر اساس تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران ایران میباشد.)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	عینک و لنز طبی	۴,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (دو گوش)	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	پوشش ویزیت و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول)	۷,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر	۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه های آمبولانس بین شهری	۴,۰۰۰,۰۰۰

فرانشیز کلیه موارد ۲۰٪ می باشد.

مبلغ حق بیمه برای یکسال به تفکیک سن (بر حسب ریال) با احتساب ۹٪ مالیات و ارزش افزوده

شرح	۶۰ تا ۶۹ سال	۷۰ تا ۷۹ سال	۸۰ سال به بالا
حق بیمه نفر اصلی	۲۰,۵۰۰,۰۰۰	۳۰,۳۱۰,۰۰۰	۴۰,۱۲۰,۰۰۰
حق بیمه سایر نفرات	۱۹,۶۲۰,۰۰۰	۲۹,۴۳۰,۰۰۰	۳۹,۲۴۰,۰۰۰

مدارک مورد نیاز ثبت نام: کپی کارت عضویت سازمان نظام پزشکی * کپی کارت ملی و شناسنامه (تمام صفحات) نفر اصلی + کپی کارت ملی و شناسنامه نفرات تحت تکفل * یک قطعه عکس ۴*۳ نفر اصلی * شماره شبا حساب نفر اصلی (جهت واریز هزینه های درمان) * کپی کارت دانشجویی برای پسران تحت تکفل بالای ۱۸ سال تا ۲۲ سال و برای دانشجویان پزشکی تا ۲۵ سال * کپی صفحه اول دفترچه سازمان تامین اجتماعی برای کارمندان و کارکنان شاغل در سازمان نظام پزشکی، مراکز درمانی، آزمایشگاهها، مطب ها و داروخانه ها * کپی صفحه اول دفترچه بیمه پایه کلیه نفرات (در صورت وجود)

شماره تماس جهت مشاوره با کارشناسان: ۰۲۱ - ۶۵۲۳۳۱۳۶ (شهریار)

۰۲۱ - ۶۵۱۲۰۶۳۵ (دفتر شماره ۱)