

تعهدات بیمه درمان تکمیلی صندوق تعاون و رفاه سال ۱۴۰۲

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر	سقف تعهدات (طرح ۱)	سقف تعهدات (طرح ۲)
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. هزینه ی همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۲	جبران هزینه برای شیمی درمانی ، 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 داخل مغز .	۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	جبران هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ، IUI ، ZIFT ، GIFT میکرواینجکشن و IVF	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۵	جبران هزینه 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 .		
۶	جبران هزینه های اندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکترو کاردیو گرافی یا نوار قلب ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواه هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز بیس میکر ، EECF ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV) ، الکتروانسفالو گرافی (EEG) . خدمات تشخیصی بورودینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنجی (انواع ادپومتری)	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۷	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل : انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست های آلرژیک)		
۸	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل : تست غربالگری جنین (مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)		
۹	جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل : فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کار درمانی (OT)		
۱۰	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و درفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایو تراپی ، اکسیژن لیپوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد .)	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های 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 ۳دیوپتر یا بیشتر باشد سقف تعهد برای هر دو چشم .	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۲	هزینه های ویزیت (طبق تعرفه بخش خصوصی) دارو ، (شامل هزینه های مازاد بر سهم بیمه گر پایه به اضافه حق فنی داروخانه می باشد .) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری . تزریق و وصل سرم	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۳	دندانپزشکی: هزینه های داندانپزشکی شامل کشیدن ، ترمیم ، درمان ریشه ، جرم گیری و بروساز ، روکش و جراحی لثه (به استثناء ایمپلنت ، ارتودنسی ، دست دندان مصنوعی و اعمال زیبایی)	۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۴	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست .	۶.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۵	هزینه های آمبولانس داخل	۱.۰۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰
۱۶	هزینه های آمبولانس خارج	۲.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰
	حق بیمه - ۷ ماهه (ریال)	۲۷.۴۰۰.۰۰۰	۴۵.۰۰۰.۰۰۰