

تعهدات بسته شماره ۱ (طرح قرمز)

ردیف	نام تعهد	توضیحات	حد اکثر تعهدات (برای هر نفر (ریال)
۱	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	حداکثر سقف تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بستری و جراحی بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Car (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) ، و انواع سنگ شکن ، پروتزهای مورد استفاده در حین عمل جراحی ، بستری سرپایی ، بیماریهای اعصاب و روان ، کاتاراکت و پیرچشمی ، انواع لاپاراسکوپی ، ، هزینه همراه بیمه شدگان کمتر از ۷ سال یا بیشتر از ۷۰ سال برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جراحی تخصصی	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی مربوط به سرطان ، قلب و عروق ، مغز و اعصاب و نخاع ، ستون فقرات ، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، هزینه عمل دیسک ستون فقرات ، رادیوتراپی ، شیمی درمانی ، گامانایف ، آنژیوگرافی قلب ، بیماریهای خاص با احتساب ردیف یک برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	زایمان	جبران هزینه های نازایی و ناباروری و هزینه های داروی مربوطه شامل لاپاراسکوپی تشخیصی ، درمانی ، IVF-ZIFT-GIFT-IUF ، میکرواینجکشن به صورت بستری و سرپایی ، هزینه های کورتاژ و همچنین هزینه های انجام زایمان طبیعی و سزارین -تعهد بیمه گر برای هزینه های زایمان بدون محدودیت در تعداد فرزندان برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱ و ۲ و خدمات آزمایشگاهی و جراحی های مجاز سرپایی	جبران هزینه های انواع اسکن ، انواع سی تی اسکن ، ماموگرافی ، سونوگرافی (داخل مطب و سایر مراکز) ، ام ار آی ، انواع اندوسکوپی ، اکو کاردیوگرافی ، استرس اکو ، دانسیتومتری ، لیزر تراپی ته چشم ، سنجش تراکم استخوان ، انواع رادیوگرافی ، OPG ، طب هسته ای ، انواع تست ورزش ، نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، الکتروکاردیوگرافی (نوار EKG) ، نوار مثنائ (سیستومی یا سیستوگرام) ، تست تنفسی ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، انواع آنژیوگرافی (غیر از قلب) ، آنژیوگرافی چشم ، اسپیرومتری ، تست آزرژی ، هولتر مانیتورینگ قلب ، شکستگیها ، گچ گیری ، ختنه ، بیهی (زدن و برداشتن) ، برداشتن خال ، خارج کردن جسم خارجی ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیپوم ، بیوپسی ، ، تخلیه کیست ، لیزر درمانی ، (به استثناء رفع عیوب دید چشم) ، تزریق داروی BCG ، تزریق داروی سرطان مثنائ ، سندناژ ، ، سوراخ کردن گوش ، خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی (به استثناء چکاپ و آزمایشات مربوط به ناهنجاری های جنین) پانلوزی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی ، تست NST ، پاپ اسمیر ، انواع رادیوگرافی ، نوار قلب ، فیزیوتراپی ، سیتوز کوی ، رکتوسکوپی ، تست OCT قلب ، ارگو اسپیرومتری ، اورودینامیک ، ارگواسپیرومتری ، بررسی عصب شنوایی ، اناو rain Mapping ، آستوگرافی (تست متاکولین) ، ان سی تی نوزاد ، مگنت تراپی ، اپتومتری و کلیه انواع نورنگاری و سایر موارد مشابه که توسط پزشک معالج تجویز گردد ، تمپانومتري ، تست پریمتري چشم (اندازه گیری میدان بینایی) ، گایروپراکتیک ، تست هسته ای ، کارد درمانی ، گفتار درمانی ، توانبخشی قلب ، ، تست های تعادل ، تیل تست ، تست خواب ، مانومتري ، بیوفیدیک ، نوروفیدیک ، ارتوپدی ، پروتز های مصنوعی با تایید پزشک معالج ، فوتوگرافی ، سونوگرافی در مطب به همراه هزینه ویزیت براساس نرخ مصوب ، نوار تست قند خون ، سرم تراپی ، هزینه های اورژت بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک بیمه گر ، شستشوی گوش ، پانسمان ، کشیدن بخیه ، انواع تزریقات و تزریق مفصل ، خرید سمعک ، وسایل کمک توانبخشی شامل عصا ، واکر ، جوراب واریس ، گردنبند طبی ، مچ بند طبی ، کمربند طبی ، ویلچر ، واکسیناسیون (به استثناء واکسن گارداسیل) ، کیسه کلوسومی و هزینه های مربوط به پرستاری در منزل با دستور پزشک متخصص ، تزریق داخل شامبه کوثر و ، SMART PLUG ، ICG ، ORB SCAN ، کوثر ، OCT ، پنتاکم ، فوندوسکوپی ، کانفو اسکن و انتروپیون و اوتیسیم ، فصد خون ، تزریق داخل سرم ، آوزون تراپی ، کلیه لوازم مصرفی برای اعمال پاراکلینیکی ، RTMS ، الراسنو گرافی ، پسونالین برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد .	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	دارو و ویزیت	جبران هزینه های دارو براساس فهرست اقلام مجاز دارویی کشور با احتساب حق فنی ، ویزیت و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری ، کلیه لوازم مصرفی دارویی ، هزینه سرنگ ، آب مقطر ، آنژیوکت ، ست سرم ، اسکالپ وین که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد بر اساس تعرفه مصوب به همراه نسخه داروی پزشک و هزینه های مربوط به مشاوره و روان درمانی و روانشناسی ، طب سوزنی ، داروهای گیاهی ، هزینه دارو های خارجی که دارای تولید داخلی می باشند ، هزینه ویزیت همراه با خدمات ، در صورت تجویز و تاکید پزشک مبنی بر ضرورت استفاده از آنها برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۶	دندانپزشکی	جبران هزینه های دندانپزشکی به استثناء زیبایی شامل کلیه عملیات دندانپزشکی اعم از جرم گیری ، پرکردن ، کشیدن ، ترمیم ، درمان ریشه و عصب ، عصب کشی ، روکش ، ارتودنسی ، ایمپلنت ، درمان لثه ، جراحی لثه ، دست دندان ، انواع پروتز ها برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	عینک طبی	جبرانی هزینه تهیه عینک یا لنز تماسی طبی با تجویز اپتومتریست و یا چشم پزشک برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۵,۰۰۰,۰۰۰
۸	عیوب انکساری چشم	هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی و استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی در چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد (برای هر چشم) برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد. (این ردیف شامل تعهدات اعم از لیزیک ، لازیک ، فمتولیزیک مطابق با تعرفه تعیین شده از سوی وزارت بهداشت و درمان پرداخت میگردد)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۹	آزمایشات غربالگری	جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	داروهای خاص	هزینه دارو های خارجی که معادل داخلی ندارند و داروی هورمون رشد ، داروهای شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، داروی های ام اس ، هپاتیت ، دیابت ، دیالیز ، سندرم تالاسمی ماژور ، هزینه های بستری اعصاب و روان ، هزینه درمان افراد دارای بیماری خاص و لیزر PDT تا سقف تعهدات بیمارستانی برای درمان هر یک از بیمه شدگان قابل پرداخت خواهد بود. در خصوص داروهای خارجی فاقد معادل داخلی فرانشیز ۱۰٪ در محاسبه هزینه ها برای درمان هر یک از بیمه شدگان لحاظ می گردد.	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	هزینه های آمبولانس	هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی داخل شهر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	هزینه های آمبولانس	هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی خارج از شهر	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه ماهیانه هر نفر با احتساب مالیات، ارزش افزوده بوده و وجه آن نیز غیر قابل برگشت می باشد.			

همکار گرامی لطفاً ضمن مطالعه تعهدات مربوط به هر یک از بسته های بیمه نامه تکمیلی درمان با عناوین طرح ۱ (قرمز)، طرح ۲ (زرد)، طرح ۳ (آبی) و طرح ۴ (سبز)، با انتخاب طرح مورد نظر برای خود و خانواده محترم نسبت به تکمیل مشخصات ذیل، امضاء و تحویل آن به رابط بیمه ای مستقر در سازمان نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان غربی در اسرع وقت اقدام فرمائید.

بدیهی است تکمیل فرم قرمز رنگ به معنی انتخاب طرح قرمز با تعهدات مندرج در همین صفحه خواهد بود.

در سطر اول جدول نام و مشخصات بیمه شده اصلی و در سطرها ی بعدی مشخصات خانواده بصورت کامل و خوانا درج گردد.

مشخصات بیمه شدگان

[illegible]

[illegible]

* تلفن همراه بیمه شده اصلی (جهت تماس ضروری): تماس مجازی: (تشکیل گروه همکاری)

شروع بیمه نامه: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ آخرین مهلت ثبت نام: ۱۴۰۴/۰۷/۳۰

توضیحات:

- *** مبنای محاسبه و پرداخت هزینه های درمانی برابر تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

زمان اتمام بیمه نامه های قبلی (خودرو (ثالث) خودرو (بدنه)

- تلفن: امضاء

شماره تماس رابط بیمه ای مستقر در سازمان جهت ارائه خدمات بیمه ای: آقای اسمعیلی ۰۹۱۴۰۴۴۶۷۱۰