

تعهدات بسته شماره ۳ (طرح آبی)

ردیف	نام تعهد	توضیحات	حداکثر 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) اتاق خصوصی و انواع سنگ شکن ،پروتزهای مورد استفاده در حین عمل جراحی ، بستری سرپایی(در بیمارستان و اورژانس) ،بستری اورژانس، 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.	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جراحی تخصصی	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی مربوط به سرطان ، قلب و عروق ، مغز و اعصاب و نخاع ،ستون فقرات ، مغز ، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، هزینه عمل دیسک ستون فقرات ، رادیوتراپی ، شیمی درمانی ، گامانایف ، آنژیوگرافی قلب ، بیماریهای خاص و صعب العلاج و تعهدات خاص دارویی با احتساب ردیف یک برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	زایمان	جبران هزینه های نازائی و نابروری و هزینه های داروی مربوطه شامل لاپاراسکوپی تشخیصی ، درمانی ، IVF-ZIFT- GITE- IUF ، میکرواینجکشن به صورت بستری و سرپایی ، هزینه های کوتاه 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.	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱ و ۲ 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(در مراکز و مطب) ، 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 مثانه (سیستومی یا سیستوگرام) ،تست تنفسی ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، انواع آنژیوگرافی (غیر از قلب) ، آنژیوگرافی چشم ، اسپیرومتری ، تست آلرژی ، هولتر مانیتورینگ قلب ، شکستگیها ، گچ گیری ، خاتنه ، بخیه زدن و برداشتن بخیه) ، برداشتن خال ، خارج کردن جسم خارجی ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست ، لیزر درمانی ،(به استثناء رفع عیوب دید چشم) ، تزریق داروی BCG ، تزریق داروی سرطان مثانه ، سنداس ، سوراخ کردن گوش ، خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ و آزمایشات مربوط به ناهنجاری های جنین) باتولوزی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، تست INST ، پاپ اسمیر ، انواع رادیوگرافی ،نوار قلب ،فیزیوتراپی(به همراه انواع لیزر کم توان ، پرتوان و مگنت تراپی) ، سیتوز کوبی ، رکتوسکوپی ، تست OCT قلب ، ارگو اسپیرومتری ، اورودینامیک ، ارگواسپیرومتری ، بررسی عصب شنوایی ، انوا rain Mapping ، استوگرافی(تست متاکولین) ، ان سی تی نوزاد ، مگنت تراپی ، اپتومتری و کلیه انواع نورنگاری و سایر موارد مشابه که توسط پزشک معالج تجویز گردد ، تپانومتري ، تست پریمتري چشم(اندازه گیری میدان بینایی) ،گابروپراکتیک ، تست هسته ای ، کاردرمانی ، گفتاردرمانی ، توانبخشی قلب ، تست های تعادل ، تیل تست ، تست خواب ،مانومتري ،بیوفیدیک ، نوروفیدیک ، ارتوپدی ، پروتزهای مصنوعی با تایید پزشک معالج،اورتز ، سونوگرافی در مطب به همراه هزینه ویزیت براساس نرخ مصوب ، نوار تست قند خون ، فتوگرافی،سرم تراپی ،هزینه های اورژت بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک بیمه گر ، شستشوی گوش ، بانسمان ، انواع تزریقات و تزریق فمصل، تزریق داخل سرم،خرید سمک ،وسایل کمک توانبخشی شامل عصا ، واکر ،جوارب واریس ، گردنبندهای طبی ، انواع آتل ، مچ بند طبی ، زانو بند طبی ، کمربند طبی ، کفی طبی،ویلچر ، واکسیناسیون(کلیه واکسن ها) ، کیسه کلستومی و هزینه های مربوط به پرستاری در منزل با دستور پزشک متخصص ، تزریق داخل ضایعه کوتر و ، ORB SCAN ، SMART PLUG ، JCG ، کوتر ، OCT ، پنتاکم ، فوندوسکوپی ، کانفو اسکن و انترویوین و اوتیسم ، پالس اسکیمتری ، سیستوسکوپی (در مراکز مجاز و کلیه مطب ها توسط کلیه پزشکان متخصص و فوق تخصص) ،فصد خون، تزریق داخل سرم ،اوزون تراپی ، کلیه لوازم مصرفی برای اعمال پاراکلینیکی ، RTMS ،الستو گرافی ، پسون آلن برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	دارو و ویزیت	جبران هزینه های دارو(حتی ویتامین و مکمل) براساس فهرست اقلام مجاز دارویی کشور با احتساب حق فنی ، ویزیت ، هزینه سرنگ ، آب مقطر ، آنژیوکت ، ست سرم ، اسکالپ وین ، کلیه لوازم مصرفی دارویی ، داروهای ترکیبی داروخانه ها ، داروهای تقویتی تالاسمی مینور و بیماریهای مرتبط با خون ، 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.	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
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(برای اعضاء خانواده بصورت شاور محاسبه می گردد)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	عینک طبی	جبرانی هزینه تهیه عینک یا لنز تماسی طبی یا تجویز اپتومتریست و یا چشم پزشک برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
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 آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۲ 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)	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
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	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	داروهای خاص	هزینه دارو های خارجی که معادل داخلی ندارند و داروی هورمون رشد(افزایش و کاهش هورمون رشد) ، داروهای شیمی درمانی ، داروهای آرتريت روماتوئید ،داروهای پوکی استخوان ، رادیوتراپی ، داروی های ام اس ، هیپتیت ، دیابت ، دیالیز،داروهای بیماریهای قلبی ، سندرم تالاسمی ماژور ، هزینه های دارویی بستری اعصاب و روان ، هزینه درمان افراد دارای بیماری خاص و صعب العلاج و بیماران خاص و لیزر PDT تا سقف تعهدات بیمارستانی برای درمان هر یک از بیمه شدگان قابل پرداخت خواهد بود.	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
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	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
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	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
		حق بیمه ماهیانه هر نفر با احتساب مالیات، ارزش افزوده بوده و وجه آن نیز غیرقابل برگشت می باشد.	۵,۶۲۵,۰۰۰

همکار گرامی لطفاً ضمن مطالعه تعهدات مربوط به هر یک از بسته های بیمه نامه تکمیلی درمان با عناوین طرح (اقرمز)، طرح ۱۲ (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 آبی رنگ به معنی انتخاب طرح آبی با تعهدات مندرج در همین صفحه خواهد بود.

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

مشخصات بیمه شدگان

[illegible]

