

جدول تعهدات بیمه تکمیل درمان ۱۴۰۴-۱۴۰۵

ردیف	شرح تعهدات	مبلغ تعهدات برای هر نفر (ریال) و فرانشیز ۱۰ درصد			
		طرح همگانی	طرح برنزی	طرح نقره ای	طرح طلایی
۱	جبران هزینه های بستری (تشخیصی، درمان طبی، جراحی) و Day Care در بیمارستان و مراکز جراحی م حدود و انواع جراحی دیسک، سنگ شکن، آنژیوگرافی عروق قلب و یا سایر اعضای بدن، گامانایف، لیزر ترابی ته چشم (سرپایی، بستری)، پرداخت تمامی هزینه های بیماران خاص از قبیل داروهای تزریقی و خوراکی و عوارض آن در مراکز درمانی و داخل مطب به صورت سرپایی یا بستری و ...، تزریق مفصلی (PRP) یا تایید پزشک معتمد، تزریق سلولهای بنیادی، پزشکی هسته ای، اعمال جراحی چشم، خدمات پرستار در منزل (با تایید پزشک معتمد)، جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی و بیماری های خاص شامل: جراحی قلب و عروق، مغز و اعصاب، نخاع، پیوند کلیه و پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان (داروهای پیوندی و سایر خدمات) آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، جراحی ستون فقرات (به استثناء جراحی دیسک)، جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و پرداخت تمامی هزینه های بیمارهای خاص (شامل: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، ام اس، انواع سرطان و ...) و هزینه های NICU نوزادان و (خرید اعضاء مصنوعی و پروتز تا ده درصد کل بیمه شدگان) و	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۳۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	پوشش هزینه های مربوط به درمان نابری و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط با GIFT, ZIFT, ITSC, IUI, میکرو اینجکشن و IVF، هزینه فریز جنین، زایمان و (سزارین، سزارین درخواستی و کورتاژ قانونی) ده درصد کل بیمه شدگان))	عدم پوشش	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه انواع رادیوگرافی، رادیو ترابی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری و ترو فیدیک	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی ۲: جبران هزینه انواع آندوسکوپی، کولونوسکوپی خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، استرس اکو انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تلیت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG NCV، الکتروانسفالوگرافی EEG، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی و رادیوگرافی چشم، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ،				
۶	هزینه های پاراکلینیکی ۳: جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی جراحی های سرپایی، شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به جز زیبایی)، خدمات اورژانس و خدمات day care بیمارستان، توپوگرافی، انواع بیوپسی، شستشو و ساکشن گوش، انواع تزریقات، پانسمان، طب سوزنی، طب سنتی (حجامت، زالو و ...) و هزینه لوازم مصرفی خدمات درمانی مذکور در این بند				
۷	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژی، جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین، جبران هزینه فیزیوتراپی PT، گفتار درمانی ST، کار درمانی OT و آب درمانی، جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی انواع فیزیوتراپی، فیزیوتراپی با لیزر، آزمایشات تشخیص طبی، چک آپ check up، ، ، ، نوار قلب، پاپ اسمیر، آزمایشات جنین شناسی، هورمونی				
۸	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس بخش خصوصی و دولتی داخل شهر	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰
۹	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس بخش خصوصی و دولتی خارج شهر	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	رفع عیوب انکساری هر چشم (با حداقل ۳ دیوپتر هر چشم)	عدم پوشش	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	تمام خدمات دندانپزشکی شامل (کشیدن، عصب کشی، ترمیم، جرمگیری، ایمپلنت، اورتودنسی، دندان مصنوعی، انواع جراحی دهان و دندان و ...) - به صورت ترکیبی و مشاور می باشد.	عدم پوشش	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری، دارو ایرانی و خارجی، ویزیت پزشک عمومی، متخصص، روانپزشکی، فوق تخصص، ماما، انواع مشاوره، اپتومتریست) و انواع ویتامین ها، انواع مکمل ها با دستور پزشک متخصص هزینه های پزشکی قانونی و ویزیت دندانپزشک	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه مربوط به خرید و تعمیر عینک طبی یا لنز تماسی طبی و عینک آفتابی نمره دار با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست، هزینه خرید عینک (فتوکروم و آستیگمات) با دستور پزشک معتمد و در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد. (برای هر خانواده)	عدم پوشش	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه مربوط به خرید سمک جبران هزینه های خرید اروتز و انواع وسایل کمک توان بخشی و اصلاحی حرکتی شامل (عصا، واکر، میچ بند، قوزک بند و گفش، گردن بند، زانو بند، کمربند طبی و جوراب واریس، ویلچر و غیره) و هزینه پیس میکر قلب تا ۳ درصد کل بیمه شدگان	عدم پوشش	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	حق بیمه پرداختی توسط همکار:	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰

توجه: سهم پرداختی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی خراسان شمالی برای هر بیمه شده اصلی ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

این مبلغ بعنوان سهم هر بیمه شده توسط دانشگاه پرداخت می گردد و مبلغ صدرا اشاره نیز از مبلغ حق بیمه طرح های برنزی، نقره ای و طلایی جهت بیمه شده اصلی کسر می گردد.