

شرکت نمایندگی بیمه آرمان زندگی
(سهامی خاص) نمایندگی کد ۵۱۰۵۵

نرخ و شرایط بیمه نامه درمان تکمیلی صندوق های قرض الحسنه سال ۱۴۰۴-۱۴۰۵

ردیف	نوع پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵
	سقف تعهدات	سقف تعهدات	سقف تعهدات	سقف تعهدات	سقف تعهدات	سقف تعهدات
۱	جبران هزینه بستری، جراحی، DAY CAFE در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، داروهای خاص، برای هر نفر حداکثر در سال تا مبلغ:	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	افزایش سقف تعهدات جراحی شامل اعمال جراحی شیمی درمانی، داروهای خارجی تزریقی و مصرفی شیمی درمانی، رادیو ترابی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گاستائیف، قلب، پیوند، ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز و استخوان، آنژیو پلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، پیوند چشم (قرنیه چشم)، پیوند دست، حداکثر در سال	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه‌های زایمان، اعم از طبیعی و سزارین حداکثر در سال تا مبلغ:	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه‌های انواع رادیو گرافی، آنژیو گرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام. آر. آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان و درمان رادیو ایزو توپ)، دانسیتومتری، سونوگرافی در مطب توسط پزشک متخصص نازایی حداکثر در سال تا مبلغ:	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	پاراکلینیکی ۲: انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکترو کاردیوگرافی، انواع اکو کاردیو گرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، ECG، تلیت تست، خدمات تشخیصی تنفسی (شامل اسپرومتری FET)، خدمات تشخیص یورو دینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی الکترو میلو گرافی، هدایت عصبی (NOV-EMG)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپیتو متری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه‌های مجاز سرپایی مانند شکستگی ها، در رفتگی ها، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، اسکن کف پا، کیسه کولستومی و یورستومی، RIMS تحریک مغناطیس مغز نوروفیدبک و بیوفیدبک پریمتری، پی آر پی (باستثنا عیوب انکساری دید چشم) حداکثر در سال تا مبلغ	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل: آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک، تست پاپ اسمیر، پرداخت هزینه پاپ اسمیر همزمان با آزمایش hpv در صورت منفی بودن آزمایش حداکثر در سال تا مبلغ:	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اندازه نصف استیگمات ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد حداکثر در سال برای هر دو چشم مبلغ:	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	تلفین هزینه های مربوط به نازایی و ناباروری شامل (IVF، میکروانجکشن، ZIFT، GIFT، IULIFSC) حداکثر در سال تا مبلغ (برای گروه های زیر ۱۰۰۰ نفر سه ماه دوره انتظار لحاظ خواهد شد.	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰

**ប្រតិទិន**

۱۰ احمد صید و آرمان زندگی

دفتر مرکزی: تهران، خیابان فردوسی جنوبی، کوچه خواندنیها، پلاک ۴ ساختمان آرمان زندگی، کد پستی: ۱۱۳۶۹۴۶۷۱۷ تلفن: ۶۶۷۲۹۰۶۱ (۲۰ خط ویژه) فکس: داخلی ۲۰۳
شعبه: جاده خاوران، شهرک صنعتی خاوران، سایت چوب و تخته، جنب بانک سپه، کد پستی: ۱۸۶۵۱۷۶۵۱۵ تلفن/فکس: ۳۳۲۸۳۷۱۰

 .9356729.61
  .9356729.61
  .9356729.61
www.armanzendegi.com
info@armanzendegi.com



شرکت نمایندگی بیمه آرمان زندگی

(سهامی خاص) نمایندگی کد ۵۱۰۵۵

شرکت نمایندگی بیمه آرمان زندگی

نمایندگی کد ۵۱۰۵۵

(سهامی خاص)



۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	هزینه تشخیص ناهنجاری های جنین (غربالگری) منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر در سال	۱۰
۱۵.۰۰۰.۰۰۰	.	.	.	.	جبران هزینه عینک و لنز	۱۱
۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	فیزیوتراپی ، کاردرمانی ، گفتار درمانی ، ، اوزن تراپی ، شاک ویو لیزر پر توان ، کایروپراکتیک با تایید پزشک متخصص حداکثر در سال تا مبلغ	۱۲
۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	.	جبران هزینه های جبران هزینه های انواع ویزیت ، فوق تخصص ، فلوشیپ و متخصص روانپزشکی - ویزیت پزشک فوق تخصص روانپزشکی - ویزیت متخصص تغذیه - کارشناس پروانه دار - ویزیت کارشناس ارشد - ویزیت مشاوره و روان درمانی و ماما و دارو مطابق با لیست فارماکوپه (مازاد بر سهم بیمه گر اول) داروی گیاهی فارماکوپه ویزیت و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری و داروهای خارجی و مکمل ها (صرفا جهت بیماران خاص ، شیمی درمانی ، خاتم های باردار و کودکان تا ۱۰ سال) با تایید پزشک متخصص و پانسمان و تزریقات و سرم حداکثر در سال	۱۳
۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۵۰۰.۰۰۰	۳۵۰۰.۰۰۰	۳۵۰۰.۰۰۰	۳۵۰۰.۰۰۰	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۴
۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج (خارج شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۵
۱۵.۳۰۰.۰۰۰	۱۱.۰۰۰.۰۰۰	۸.۶۰۰.۰۰۰	۷.۰۰۰.۰۰۰	۳.۸۰۰.۰۰۰	حق بیمه ماهانه ۱۴۰۴ هر نفر با فرانشیز ۲۰ درصد	

*در صورت تمایل هر یک از صندوق ها جبران کلیه خدمات دندان پزشکی (به استثناء والدین و دست دندان) تا سقف ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

با حق بیمه ۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال ماهانه به حق بیمه اصلی اضافه می گردد.

*در صورت تمایل هر یک از صندوق ها جبران کلیه خدمات دندان پزشکی (به استثناء والدین و دست دندان) تا سقف ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال با حق

بیمه ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال ماهانه به حق بیمه اصلی اضافه می گردد .



بیمه آرمان
واحد درمان

دفتر مرکزی: تهران، خیابان فردوسی جنوبی، کوچه خواندنیها، پلاک ۴ ساختمان آرمان زندگی، کد پستی: ۱۱۳۶۹۳۶۷۱۷ تلفن: ۰۶۶۷۲۹۰۶۱ (خط ویژه) فکس: داخلی ۲۰۳
شعبه: جاده خاوران، شهرک صنعتی خاوران، سایت چوب و تخته، جنب بانک سپه، کد پستی: ۱۸۶۵۱۷۶۵۱۵ تلفن/فکس: ۳۳۲۸۴۷۱۰

۰۹۳۵۶۷۲۹۰۶۱ ۰۹۳۵۶۷۲۹۰۶۱ ۰۹۳۵۶۷۲۹۰۶۱

www.armanzendegi.com info@armanzendegi.com